

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N^o

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 3 mars 1898, à 1 heure

PAR

Léon DELAGE

Moniteur à la Clinique d'Accouchement et de Gynécologie
de la Faculté de Médecine de Paris.

Né à Paris, le 4 Mars 1872.

DE

LA CHORÉE GRAVIDIQUE

Président : M. HUTINEL, professeur.

Suffragants : { MM. MATHIAS DUVAL professeurs.
MARIE et NETTER, agrégés.

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

211

Année 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 3 mars 1898, à 1 heure

PAR

Léon DELAGE

Moniteur à la Clinique d'Accouchement et de Gynécologie
de la Faculté de Médecine de Paris.

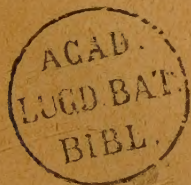
Né à Paris, le 4 Mars 1872.

DE

LA CHORÉE GRAVIDIQUE

Président : M. HUTINEL, professeur.

Suffragants : { MM. MATHIAS DUVAL professeurs.
MARIE et NETTER, agrégés.



PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GABRIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	CHANTEMESSE.
	{ POTAIN.
Clinique médicale	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.	DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.	JOFFROY.
	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.	{ BERGER.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.	TILLAUX.
Clinique des voies urinaires.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	GUYON.
	{ N.
	{ PINARD.

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN.	GILBERT.	MENETRIER.	THIERY.
ANDRE.	GILLES DE LA	NELATON.	THOINOT.
BAR.	TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, chef des	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN.	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RICARD.	WIDAL.
DELBET.	MARFAN.	ROGER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

MON PREMIER MAITRE

LE DOCTEUR HENRI DELAGE

Pharmacien de 1^{re} classe

Ex-interne des Hôpitaux

Officier d'Académie.

A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

A MA GRAND'MÈRE

MEIS ET AMICIS

A LA MÉMOIRE

DE MON REGRETTÉ MAÎTRE

S. TARNIER

Professeur de Clinique Obstétricale à la Faculté

Chirurgien des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

A MES MAÎTRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR HUTINEL

Professeur de Pathologie interne à la Faculté de Médecine

Médecin de l'Hôpital des Enfants Assistés

Chevalier de la Légion d'Honneur.

A M. LE DOCTEUR BAR

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Accoucheur à l'Hôpital Saint-Antoine.

DE

LA CHORÉE GRAVIDIQUE

INTRODUCTION

La chorée est relativement peu commune chez les femmes enceintes et il se passe parfois des années dans un grand service d'accouchement sans qu'on puisse en observer. Aussi a-t-on pu dire : « La chorée des femmes enceintes est une affection si rare que vraiment on serait sans excuse de passer sous silence les cas nouveaux que l'on rencontre. »

La connaissance de cette maladie n'est cependant pas récente, puisque la première observation que l'on possède, due à Riedlin (1), date de 1696. Mais ce n'est guère qu'au milieu du XIX^e siècle, avec Germain Sée, Jaccoud, Barnes, qu'on trouve les premières études sur ce sujet.

La chorée gravidique paraît peu commune en France ; c'est d'Allemagne, d'Angleterre et d'Amérique que nous sont parvenus la plupart des observations et des travaux qui ont été publiés.

Pendant notre stage obstétrical, nous avons pu observer deux femmes enceintes atteintes de chorée ;

(1) RIEDLIN. *Lineæ medicæ*.

elles furent l'objet d'une leçon de M. Tarnier (1), sur les conseils duquel nous avons pris pour sujet de notre thèse inaugurale, la chorée gravidique.

Mais avant de commencer cette étude, nous avons un précieux devoir à remplir, celui de remercier ceux à qui nous devons les connaissances médicales que nous avons acquises.

Tout d'abord, nous rendons un pieux hommage à la mémoire de notre père, le docteur H. Delage, que nous avons perdu au début de nos études. Les sages conseils que nous avons reçus de lui pendant notre première année d'étudiant, nous ont bien souvent manqué depuis. Nous serions heureux, si nous pouvions posséder comme lui les qualités de bon praticien et d'excellent confrère que ses amis étaient unanimes à lui reconnaître.

Nous honorons tout particulièrement la mémoire de notre regretté maître, le professeur Tarnier, qui nous avait fait l'honneur de nous accepter comme Moniteur à la Clinique d'Accouchement et de Gynécologie de la Faculté. La mort l'a ravi presque subitement à l'affection de ses élèves, au moment même où, au début de cette année scolaire, après quelque repos, il se préparait à reprendre ses leçons, pleines d'un enseignement si fécond et qu'il savait rendre si agréables. Nous n'oublierons jamais les conseils pratiques que nous avons reçus de lui et nous nous efforcerons de les mettre à profit au cours de notre carrière.

Le temps que nous avons passé dans le service du docteur Hanot sera inoubliable pour nous. Nous nous

(1) TARNIER. *Presse médicale*, 1897.

rappellerons toujours ces causeries journalières, au lit du malade, où notre maître enseignait à nous, ses jeunes élèves, avec tant de dévouement et avec une sollicitude toute paternelle, les premiers principes de la médecine, l'auscultation. Que sa mémoire reçoive ici un bien faible hommage d'admiration !

C'est au docteur Prengrueber, ami de notre père, que nous devons nos premières connaissances chirurgicales. D'un abord un peu brusque, il cachait le cœur le meilleur, le plus robuste bon sens et la plus rigide probité professionnelle.

Nous prions M. le docteur Bar, professeur agrégé, de croire à notre bien sincère reconnaissance.

Que M. le professeur Duplay, MM. le docteur Poilaillon, le docteur Ferrand, le docteur Bonnaire, veuillent bien recevoir l'assurance de nos remerciements pour les savantes leçons que nous avons reçues d'eux.

Nous remercions le docteur Louis Dubrisay, chef de clinique obstétricale, de l'intérêt qu'il nous a sans cesse témoigné et de l'amitié dont il a bien voulu nous honorer.

Nous remercions également le docteur Cazin, chef de clinique chirurgicale, des marques de bienveillance qu'il a toujours montrées à notre égard.

Nous prions Mlle Hanicot, sage-femme en chef à la Clinique Tarnier, de croire à notre profond dévouement.

M. le professeur Hutinel a bien voulu accepter la présidence de notre thèse ; qu'il daigne accepter nos sentiments respectueux et notre sincère reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait.

Notre ami, M. Bourgeois, interne des hôpitaux,

nous a rendu un bien grand service en nous traduisant quelques observations anglaises qui nous étaient nécessaires pour notre travail ; nous le prions d'accepter nos vifs remerciements pour sa collaboration.

ÉTIOLOGIE

Les causes qui ont été invoquées pour expliquer l'apparition de phénomènes choréiques chez les femmes encéintes, sont nombreuses.

Hérédité. — Comme chez les enfants choréiques, on peut rencontrer des affections nerveuses dans les antécédents familiaux des choréiques gravides. Charcot, Déjerine, Lannois, Huet, Fonteneau, sont tous d'accord sur l'importance de l'hérédité dans l'éclosion de la chorée. On note parfois chez les parents la démence, l'hystérie, l'épilepsie, la chorée. Ainsi, en 1895, M. Chauffard (1) rapportait l'observation d'une femme atteinte de chorée récidivante devenue chronique, dont l'histoire de la fille semble calquée sur celle de la mère.

La mère, à 11 ans, est atteinte de chorée dans la convalescence d'une attaque de rhumatisme. A 21 ans, hémichorée qui apparaît dès les premiers mois au cours d'une grossesse. A 48 ans, un an après la ménopause, attaque très forte de chorée à la nouvelle de la mort de son fils. Depuis, persistance de l'affection.

A 13 ans, la fille est atteinte de chorée dans la convalescence d'une attaque de rhumatisme. A 17 ans, à l'occasion d'une frayeur, seconde attaque de chorée.

(1) CHAUFFARD *Soc. méd. des hôpitaux*, 1895.

A 19 ans, au début d'une grossesse, attaque d'hémi-chorée.

Nous savons, depuis le remarquable travail de Huntington (1), qu'on trouve des familles entières de choréiques.

L'influence de l'hérédité est d'ailleurs admise en général pour toutes les affections nerveuses. Il paraît probable que, si toutefois les parents ne transmettent pas directement leur maladie à leurs descendants, du moins ceux-ci naissent avec une prédisposition qui leur fait contracter une maladie nerveuse plus volontiers qu'un autre sujet dont les parents n'ont point présenté de phénomènes nerveux.

Chorée pendant l'enfance. — Il est assez fréquent de noter dans les antécédents des malades l'existence d'une ou de plusieurs attaques de chorée pendant l'enfance. Aussi Barnes disait-il : « la grossesse est « un témoin de la guérison de la chorée ». Nous n'admettons pas cette proposition dans toute sa rigueur, puisque, dans plusieurs observations où l'on a noté de la chorée pendant l'enfance, on voit la première et même plusieurs grossesses se succéder sans chorée, laquelle n'apparaît qu'à une grossesse ultérieure. C'est ainsi qu'une malade de Lever ne présenta point de chorée à sa première grossesse, mais seulement à la seconde ; de même une autre de Richardson ; dans une observation de Senhouse-Kirkes, la chorée ne réapparaît qu'à la quatrième grossesse.

Chez les 93 femmes qui constituent la statistique de

(1) HUNTINGTON. On chorea; *Med. and Surg. Report*. Philadelphie, 1872.

Charpentier, on note 30 fois la chorée pendant l'enfance; sur 8 cas de M. Pinard, il y eut 7 fois une chorée antérieure. Dans les 5 observations que nous rapportons, il y eut de la chorée pendant l'enfance.

Dans nos tableaux qui comprennent 123 femmes, en outre des 93 de Charpentier, nous avons trouvé 50 fois de la chorée pendant l'enfance.

En additionnant ces deux statistiques, nous trouvons chez 216 femmes, 80 fois l'existence d'une chorée antérieure, c'est-à-dire dans 37 0/0 des cas.

Nous dirons donc qu'une femme ayant eu autrefois de la chorée, paraît prédisposée à avoir de nouvelles attaques pendant sa grossesse.

Rhumatisme. — Ce serait là encore une des causes fréquentes de la chorée gravidique. Nous savons quel rôle important on a fait jouer au rhumatisme dans l'étiologie et la pathogénie de la chorée de l'enfance, depuis les travaux de G. Sée, pour qui la chorée serait d'origine rhumatismale dans les 2/5 des cas. Il s'ensuit qu'il ne devrait pas paraître étonnant de noter le rhumatisme dans les antécédents des choréiques gravides. Cependant nombre d'auteurs insistent dans leurs observations sur l'absence du rhumatisme. Riche dit avoir « rarement trouvé le rhumatisme articulaire aigu dans les antécédents des parturientes (1). » Suivant lui, la chorée survient dans beaucoup de grossesses, sans qu'il soit possible de trouver trace de rhumatisme antérieur.

Nous verrons plus loin quelle importance on a donné au rhumatisme dans la pathogénie de l'affection.

(1) RICHE. Th, Paris, 1891.

Maladies antérieures. — On a souvent noté dans les antécédents des malades l'existence de maladies infectieuses : variole, rougeole, coqueluche, scarlatine, diphtérie, fièvre typhoïde, etc. On leur a attribué une certaine part dans l'étiologie de la chorée gravidique. Les uns pensent qu'elles prédisposent l'individu à contracter la chorée, par suite de l'action débilitante qu'elles exercent sur l'organisme. D'autres ont pensé qu'elles avaient leur part dans la nature infectieuse de l'affection.

Anémie. — Elle a été considérée par quelques-uns comme une cause de chorée gravidique ; nous verrons plus loin quelle importance lui ont attribuée certains auteurs dans la pathogénie de la maladie.

Frayeur. — *Émotions vives.* — Les impressions morales, les émotions vives, la frayeur sont notées fréquemment dans les observations de chorée gravidique, comme chez les enfants. Voici quelques exemples : la malade de Romberg s'était jetée à l'eau volontairement ; une fois retirée, elle fut prise d'une terreur invincible. Celle de Jaccoud est prise de mouvements choréiques à la suite d'une altercation vive avec son mari, survenue la veille. Celle de Bué fut battue violemment par son mari ; immédiatement après cette scène, elle eut des mouvements désordonnés dans le bras et la jambe gauche. Dans une des observations de M. Tarnier, la malade a failli être écrasée en traversant la rue ; quelques jours après cette peur, elle a remarqué quelques légers mouvements dans les membres du côté gauche.

Ces causes paraissent bien avoir eu une influence manifeste sur l'apparition de la maladie.

Age. — L'âge de la femme paraît-il avoir une influence sur le développement de la chorée? Nous savons que la chorée est avant tout une maladie de l'enfance, qu'elle est déjà une exception dans la grossesse. Aussi ne serons-nous pas étonnés de la rencontrer surtout chez des femmes jeunes.

Charpentier indique 72 fois l'âge des malades :

De 17 à 20 ans, 21 femmes.

De 20 à 30 — 43 —

De 30 à 40 — 8 —

Dans les 143 cas de grossesse compliquée de chorée que nous avons trouvés en dehors de ceux de Charpentier, nous trouvons l'âge indiqué 105 fois, soit :

Au-dessous de 20 ans, 23 femmes.

De 20 à 29 ans, inclusivement 79 —

De 30 à 36 — — 3 —

Non-indiqués — 38 —

Nous voyons, d'après ces statistiques, que l'affection est rare après trente ans. Mais la grossesse elle-même n'est-elle pas rare vers cet âge?

En somme, l'âge de la femme ne paraît avoir qu'une influence relative sur l'apparition de la chorée dans la grossesse, puisque la chorée n'apparut pour la première fois chez la femme de Lohlein, primipare, qu'à l'âge de 40 ans. On doit dire cependant que la chorée se montrera plutôt chez des femmes jeunes, puisque c'est une affection qui frappe principalement les sujets jeunes.

Primiparité. — Nombre d'auteurs ont invoqué la primiparité comme une cause de chorée. Ils se basent pour cela sur les statistiques où les primipares forment la grande majorité.

Jaccoud a trouvé la primiparité dans les $\frac{2}{3}$ des cas. Bamberg, sur 49 cas, trouve : 28 I pares, 13 II pares, 3 III, 3 IV pares et 2 V pares.

Barnes sur 56 cas donne 28 I pares, 14 II pares, 2 III pares, 2 IV pares.

Dans sa statistique, Charpentier note 50 I pares contre 30 multipares.

Ceux qui soutiennent l'influence de la primiparité sur le développement de la chorée, entendent-ils par là qu'une femme, ayant eu de la chorée à sa première grossesse, aura moins de chance d'en présenter aux suivantes, ou bien qu'une primipare deviendra choréique plus facilement qu'une multipare n'ayant jamais eu d'attaque de chorée à ses grossesses précédentes ?

La question nous paraît devoir être examinée sous cette double forme.

Jaccoud, Barnes, Charpentier, Lannois, semblent soutenir la première opinion. Riche et Dufournier ne l'admettent pas.

Avec Dufournier, nous 'dirons qu' « il ne faudrait pas exagérer le rôle de la primiparité ; il importe en effet de remarquer que les primipares constituent le plus grand nombre des femmes enceintes (1) » et avec Riche qu' « il faudrait suivre les primipares atteintes de la danse de Saint-Guy, s'assurer si elles redevien-

(1) DUFOURNIER. *Bull. médical.* 1894.

nent enceintes, et si leurs grossesses postérieures sont simples ou compliquées de chorée (1) ».

Riche exagère cependant en disant que « si l'on suivait les primipares choréiques, on retrouverait dans la majorité des cas une récurrence à chaque grossesse ». Sans doute il n'est pas rare de voir la chorée récidiver aux diverses grossesses ; et les observations en sont encore relativement nombreuses, vu le petit nombre de femmes qu'il a été possible de suivre. Nous en trouvons quelques exemples dans les tableaux de Charpentier. Sur trois observations, Riche cite une femme V pare qui fut atteinte de chorée à chacune de ses cinq grossesses, et une autre II pare qui fut choréique à ses deux grossesses. Dans une observation de Huet, la femme présente de la chorée à ses quatre grossesses. Une des observations de M. Tarnier est encore un bel exemple de chorée récidivant à chaque grossesse ; la femme trois fois enceinte eut chaque fois de la chorée.

Mais nous trouvons aussi plusieurs observations où les femmes ne présentèrent pas de récurrence à des grossesses ultérieures. Une malade de Richelot n'eut pas de récurrence à sa deuxième grossesse ; une de Romberg, qui avait présenté de la chorée à sa deuxième grossesse, menait sa troisième à terme sans cette complication. Bué rapporte le cas d'une femme choréique à sa première grossesse et non choréique à sa seconde. Dans l'observation que nous rapportons de Mme Rontey, il n'y eut pas récurrence à la seconde grossesse.

Parfois on voit la chorée se montrer à une gros-

(1) RICHE. Th. Paris, 1891.

sesse, ne pas récidiver à la suivante, mais seulement à la troisième. Telle une malade de Romberg et une autre de Ruhemann qui eurent de la chorée à leur première et à leur troisième grossesse, et n'en présentèrent pas à leur seconde.

Reste à examiner le second point de la question : une primipare est-elle exposée à faire de la chorée plutôt qu'une multipare ?

Il existe plusieurs observations où les femmes ne présentèrent point de phénomènes choréiques à leurs premières grossesses, mais seulement aux suivantes. Chez deux malades de Lever, dans cinq cas de Hefft, de Romberg, de Richardson, d'Aran et de Bué, la chorée n'apparut qu'à la seconde grossesse ; chez deux malades de Frerichs et de Senhouse, Kirkes, seulement à la quatrième.

Certes ces cas sont en somme assez peu fréquents ; chez ces femmes, il s'est probablement montré, à l'époque de l'apparition de leur chorée, une cause qui n'avait pas existé aux grossesses précédentes. Peut-être l'organisme a-t-il présenté, au moment de l'apparition de la maladie, un terrain plus favorable à son développement, tandis qu'aux grossesses précédentes, il avait présenté une plus grande résistance.

Aussi concluons-nous que si la chorée se montre surtout chez des primipares, les multipares n'en sont cependant pas à l'abri bien que n'ayant pas présenté d'accidents choréiques à des grossesses précédentes, et nous dirons avec Riche que ce n'est pas la primiparité, mais la grossesse qui est une cause de chorée.

Chorée et hystérie. — On a dit que la chorée était une modalité de l'hystérie. Hocquet soutient cette

opinion. Pour lui, les mêmes causes sont souvent invoquées dans les deux affections : traumatismes, émotions morales, rhumatisme, hérédité nerveuse, etc. Suivant M. Debove (1), on doit être fixé sur la part à faire à l'hystérie chez tous les choréiques.

Il est certain que chez nombre de choréiques, enfants ou femmes enceintes, on retrouve les stigmates de l'hystérie. M. Marie (2), en 1886, affirmait que l'ovaralgie se rencontre souvent dans la chorée, siégeant toujours du côté où les mouvements ont commencé. On voit souvent des femmes choréiques gravides, dont le champ visuel est rétréci, dont le réflexe pharyngien est aboli, présentant de l'hémianesthésie et des zones hystérogènes très nettes. On est parvenu à endormir des choréiques gravides.

Pour ne citer qu'un fait frappant, prenons ce passage d'une observation de Bernheim (service du Docteur Porack à Lariboisière), dont l'observation est rapportée par Fonteneau (3) :

« Chez elle il existe une hémi-anesthésie de tout le côté droit, mais simplement à la piqure, au toucher, au froid, à la chaleur ; elle a un retard à la sensation. Il y a diminution du champ visuel à droite. Grande diminution du réflexe pharyngien, exagération des deux réflexes rotuliens.

On a essayé plusieurs fois de l'endormir, on y est parvenu, le 10 novembre pour la première fois. On obtient des phénomènes de transfert nerveux. L'anes-

(1) DEBOVE. *Soc. méd. Hop.*, 1896.

(2) MARIE. *Progrès médical*, 1886.

(3) FONTENEAU. *Th. Paris. (Obs. V)*.

thésie, qui n'était accentuée que du côté droit avant le sommeil, passe presque exclusivement à gauche au réveil. »

D'après Beaunis et Bernheim (1), il est des cas où la chorée chez des enfants aurait disparu après des séances d'hypnotisme. Horcholle (2) alla même jusqu'à identifier la chorée et l'hystérie, la chorée n'étant pour lui qu'une forme juvénile de la grande névrose.

Il est cependant des cas où les stigmates hystériques recherchés avec le plus grand soin chez les choréiques gravides, n'ont jamais pu être décelés.

Vinay dit que « la chorée chez les femmes enceintes se présente sous deux formes distinctes : tantôt ce serait une manifestation de la chorée vulgaire de Sydenham, tantôt il s'agirait d'un symptôme de nature hystérique ». Pour lui, il faut faire une distinction légitime. « Dans la forme rhumatismale, le début serait lent, l'incoordination progressive ; on constaterait une période d'augment, d'acmé, puis de décours. Il s'agirait là d'une affection tenace, rebelle aux médications. Dans la forme hystérique le début serait au contraire brusque, dû à une frayeur subite. On constate souvent dans ces cas chez les femmes, la constriction laryngée, la boule hystérique, l'hémianesthésie, l'amblyopie, troubles qui ne se rencontrent pas dans la chorée de Sydenham. On voit des malades qui voient disparaître leur chorée pour faire place aux grands accès de l'hystérie. Les résultats du traitement sont parfois rapides dans cette seconde forme, mon-

(1) BEAUNIS. *Le somnambulisme provoqué*. Paris, 1886.

(2) HORCHOLLE. *Th.* Paris, 1888.

trant la nature purement nerveuse du syndrome » et il ajoute que « le plus grand nombre des chorées gravidiques sont de nature hystérique. » (1).

Charcot, Joffroy, ne voient là que des cas d'association chez un même sujet de deux névroses distinctes : chorée et hystérie. Le premier disait en parlant de ces deux affections : « Les deux arbres sont voisins... on peut se demander si ce n'est pas le même arbre ». Cependant il ajoutait : « Il n'y a pas fusion, mélange des deux névroses ; il s'agit probablement d'une combinaison, d'une superposition. » (2).

Pour Fonteneau, les deux maladies sont bien distinctes. Il admet que « les hystériques enceintes peuvent, par le seul fait de leur état mental, et avec ce désir constant d'attirer l'attention sur elles, imiter les choréiques avec ce degré de perfection qu'elles savent si souvent apporter dans leur simulation (3) ». D'après cela, il faudrait admettre qu'une hystérique présentant des phénomènes choréiques, n'est pas atteinte de chorée à proprement parler ; elle simulerait seulement la chorée. Nous savons, en effet, depuis le travail de Bricheteau (4), que la chorée est contagieuse par imitation ; la plupart des femmes qui font le sujet de ses observations étaient des hystériques ; mais nous n'avons pas rencontré de faits semblables dans les observations de chorée gravidique que nous

(1) VINAY. *Traité des mal. de la grossesse* 1894.

(2) CHARCOT. *Leçons du mardi*.

(3) FONTENEAU. *Th.* Paris, 1893.

(4) BRICHETEAU. *Epidémie de chorée à Necker (Archiv. gén. de médecine, 1863)*.

avons parcourues. Le fait ne semble pas cependant impossible.

Que faut-il conclure de ces opinions si diverses ? La chorée est-elle une manifestation de l'hystérie ? Cela paraît difficile à admettre, puisque nous avons déjà dit que chez nombre de choréiques, il était souvent impossible de décéler le moindre symptôme d'hystérie.

La solution du problème reste en somme à trouver ; nous pensons avec Marie, cité par Lannois, que jusqu'à nouvel ordre il faut s'en tenir à la classique comparaison des névroses, « arbre d'essence inconnue dont les branches, nées d'un tronc commun, s'éloignent en divergeant, mais non sans envoyer les uns vers les autres quelques rameaux qui les unissent étroitement. (1) ». N'est-il pas fréquent en effet de voir l'une des trois grandes névroses, hystérie, épilepsie, chorée se montrer séparément chez des frères et sœurs issus de parents ayant été atteints de l'une d'elles ?

(1) LANNOIS. Th. d'agrégation 1888.

SYMPTOMES. — MARCHÉ. — DURÉE. —
TERMINAISON.

A quelle époque de la grossesse apparaît la chorée ? Voyons ce que disent les statistiques :

Jaccoud établit son opinion sur 31 faits :

Début dans les 2 premiers mois . 9 fois.

— 3^e et 4^e — 11 —

— 5^e et 6^e — 5 —

— 7^e — 2 —

— 9^e — 3 —

2 cas non indiqués.

Barnes trouve le début 22 fois dans la première moitié de la grossesse ; 12 fois dans la seconde.

D'après les tableaux de Charpentier, nous voyons la chorée débiter dans 101 grossesses :

9 fois dans le 1^{er} mois.

5 — 2^e —

14 — 3^e —

9 — 4^e —

10 — 5^e —

6 — 6^e —

5 — 7^e —

3 — 8^e —

5 — 9^e —

1 fois pendant les suites de couches.

3 fois il est seulement indiqué que le début eut lieu de bonne heure, probablement au 3^e mois au plus tard.

31 fois le début n'est pas indiqué.

Dans les 143 grossesses que nous avons réunies depuis Charpentier nous voyons la chorée débiter.

5 fois dans le 1 ^{er} mois.			
11	—	2 ^e	—
17	—	3 ^e	—
14	—	4 ^e	—
11	—	5 ^e	—
15	—	6 ^e	—
4	—	7 ^e	—
3	—	8 ^e	—
5	—	9 ^e	—

12 fois il est seulement indiqué que le début eut lieu de bonne heure.

46 fois le début n'est pas indiqué.

En réunissant ces deux dernières statistiques, nous voyons que le début est surtout fréquent pendant les 3^e, 4^e, 5^e et 6^e mois dans la proportion de 96 contre 55 ; le maximum est atteint au 3^e mois (1/5 des cas).

Tous les auteurs sont d'accord pour admettre que le début s'observe principalement pendant la première moitié de la grossesse et surtout aux mois que nous avons indiqués comme les plus fréquents.

Parfois la chorée commence presque en même temps que la grossesse elle-même, dans les quinze premiers jours, si bien qu'on a pu dire qu'elle en

constituait un des premiers symptômes. Ainsi chez deux malades de Schweichten et de Hochstetter, la chorée apparut dans la première moitié du premier mois de la grossesse. Mais ces faits sont assez rares.

Il semble, d'après les statistiques, que plus la grossesse approche de son terme, moins la femme court le risque de devenir choréique. Nous voyons cependant que la chorée peut apparaître à toute époque de la grossesse puisque parfois elle ne débute seulement que pendant le 9^e mois.

Elle peut n'apparaître même que tout à fait près du terme, puisque dans un cas de Senhouse-Kirkes, la maladie ne débuta que quatre jours seulement avant la fin de la grossesse.

Il est même des cas où elle n'est apparue qu'après la délivrance ; une malade de Charpentier ne fut atteinte d'hémichorée qu'au quinzième jour après l'accouchement. On a même attribué à l'allaitement une part dans la production de la chorée, § (*Chorea-lactantium*).

Comment débute la chorée chez les femmes enceintes ? Elle peut s'annoncer de deux façons différentes :

Tantôt le début est lent, insidieux, précédé de prodromes consistant par exemple dans le changement de caractère de la femme qui devient emportée, irascible ou au contraire triste, taciturne, insouciant. Elle est d'abord maladroite dans les actes de la vie ordinaire ; peu à peu les mouvements désordonnés s'établissent, légers d'abord, puis augmentent d'intensité et enfin se généralisent. Tel est le cas d'une des malades de M. Tarnier (Obs. I) ; elle eut peur d'être écrasée ; quelques jours après cette frayeur, elle remarquait

quelques mouvements légers dans la main gauche, qui gagnèrent progressivement tout le membre supérieur, puis le membre inférieur du même côté et enfin tout le corps entier.

Tantôt le début est brusque; les mouvements désordonnés apparaissent pour ainsi dire tout d'un coup, se généralisant en peu de temps. C'est ainsi que Bué (1) rapporte l'observation d'une femme enceinte de six mois environ.

« Elle faisait la lessive, quand son mari rentra furieux contre elle et se mit à la battre violemment. Elle fut alors prise d'un grand saisissement, d'une frayeur très vive. Immédiatement après cette scène, elle eut des mouvements désordonnés dans le bras et la jambe gauches. »

Description des symptômes. — Il est assez rare que les mouvements choériques soient dès le début généralisés à tout le corps. Le plus souvent c'est un membre supérieur qui est atteint le premier, surtout celui de gauche. Puis peu à peu ils gagnent le membre inférieur correspondant et la face du même côté; enfin le côté opposé se trouve envahi à son tour. Mais presque toujours les mouvements prédominent du côté qui a été atteint le premier. Telle est la marche qu'on observe dans la majorité des cas.

Cependant on peut voir les mouvements débiter par le côté droit; telle une malade de Riche (obs. II de sa thèse); beaucoup plus rarement, c'est un membre inférieur qui est atteint le premier.

(1) BUÉ. (*Presse Méd.*, 1894, Obs. I.)

Parfois les mouvements restent limités pendant tout le temps de la maladie à un seul côté du corps ; c'est ainsi que chez une malade du service de Porack à Lariboisière dont l'observation est rapportée dans la thèse de Fonteneau (obs. V), les mouvements ne se montraient que du côté droit ; le côté gauche fut toujours indemne. Mais les cas d'hémichorée absolue chez les femmes grosses sont bien peu fréquents ; il est bien rare qu'on n'observe pas en même temps quelques mouvements, si légers qu'ils soient, dans le côté opposé.

Parfois aussi, mais exceptionnellement, il ne s'agit que de monochorée ; un seul membre est atteint.

Enfin dans un cas de Riche (Thèse obs. III), les mouvements restent limités aux membres supérieurs.

Nous dirons donc avec Romberg, que « la chorée chez les femmes enceintes est presque toujours bilatérale. » (1).

Dans les cas légers, les mouvements choréïques se montrent surtout prononcés aux mains qui sont agitées de mouvements continuels et variés. Les mouvements volontaires sont maladroits ; les doigts deviennent inhabiles aux ouvrages quotidiens auxquels se livrent les malades : elles ne peuvent plus écrire, coudre, tricoter, faire du crochet, elles se piquent dans leur travail avec leur aiguille, leur ciseaux ; elles éprouvent la plus grande difficulté à boutonner leurs vêtements. Cette maladesse même met sur la voie du diagnostic.

Dans les cas de moyenne intensité, ce sont aux avant-bras des mouvements continus de supination et de

(1) ROMBERG Lehrbuch der Nervenkrankheiten.

pronation, de flexion et d'extension ; les épaules sont tantôt élevées, tantôt abaissées, attirées en avant ou en arrière.

Aux membres inférieurs, les pieds sont constamment changés de place quand la femme est au repos ; ils sont fléchis, étendus sur la jambe, portés en dedans ou en dehors.

La tête se tourne d'un côté ou de l'autre, se redresse ou se fléchit, s'incline latéralement sur l'une ou l'autre épaule.

A la face, les traits du visage sont dans une mobilité extrême ; le front se sillonne de rides, les sourcils se froncent, les paupières s'ouvrent et se ferment, les globes oculaires roulent dans toutes les directions ; les commissures labiales sont attirées tantôt d'un côté tantôt de l'autre ; la bouche s'élargit transversalement, ou bien au contraire les lèvres se resserrent. La physionomie passe ainsi par les expressions les plus contradictoires.

Au tronc, on observe des mouvements de flexion, d'extension, d'inclinaison latérale, de rotation.

Assez souvent, les mouvements cessent pendant le sommeil pour reprendre au réveil. Parfois cependant on les a vus persister et pouvant même priver les femmes totalement de leur sommeil. Marshall-Hall pense que dans les cas où le repos n'est pas complet pendant le sommeil, cela tient à ce que la malade est agitée par des rêves.

Les rémissions diurnes sont exceptionnelles.

Quand les malades cherchent, par un effort de la volonté, à empêcher ces mouvements, presque toujours ils augmentent d'intensité. Nous nous rappelons

cependant que chez une des malades de M. Tarnier, la femme parvenait à en diminuer un peu l'intensité pendant quelques secondes, dans des circonstances semblables.

D'autres causes, nombreuses d'ailleurs, peuvent contribuer à augmenter les convulsions. Une frayeur, une contrariété, un mouvement de colère peuvent agir ainsi. Wade cite une femme que le traitement avait presque totalement guérie de sa chorée ; elle fut effrayée par le fracas que fit en tombant de la vaissele ; la chorée revint avec une intensité beaucoup plus grande qu'auparavant. Dans une observation de Barton-Hurst, les mouvements augmentaient à l'époque correspondante aux règles. Chez la malade de Jaccoud les mouvements s'exaspéraient dans les membres du côté gauche lorsqu'on excitait les téguments du côté droit. Hand rapporte que dans un cas les mouvements actifs du fœtus et le toucher vaginal agissaient de même ; à un moment même les convulsions n'apparaissaient plus que quand le fœtus remuait. Le palper peut avoir la même influence. Dans le même cas de Hand, les convulsions de la tête et du tronc alternaient avec les contractions utérines.

Souvent, au moment du travail, la chorée acquiert une plus grande intensité. Ainsi, Bué (1) rapporte que chez une de ses malades atteinte de chorée légère, « les symptômes furent beaucoup plus accusés pendant le travail. La malade poussait des cris épouvantables et exécutait une série de mouvements invraisemblables. Il n'y avait pas moyen de la faire rester

(1) BUÉ. *Presse médicale* 1894 (Obs I.)

en repos et au moment du dégagement de la tête fœtale, le siège de la mère se trouvait à trente centimètres au-dessus du plan du lit. »

Après la délivrance, il se trouve parfois que les mouvements s'exagèrent chaque fois que la mère donne le sein à l'enfant (Mae Cann. Obs. II)

Il existe quelquefois des troubles de la sensibilité ; on constate de l'anesthésie, de l'hémi-anesthésie, etc. Chez une des malades de M. Tarnier, on notait quelques zones d'anesthésie au niveau du sein gauche et de la paroi latérale gauche de l'abdomen.

Du côté des sens, on observe exceptionnellement de l'affaiblissement du tact, des bourdonnements d'oreille, une diminution de l'acuité auditive (même malade de M. Tarnier); des troubles visuels.

En somme, dans les cas de moyenne intensité, les mouvements désordonnés forment le grand point du tableau que présentent les malades ; l'état général semble satisfaisant et les femmes ne paraissent en somme que tourmentées par une simple infirmité.

Mais parfois la chorée gravidique peut présenter une forme plus intense, les symptômes précédents sont plus accentués. D'autres plus graves apparaissent, au point que la santé et la vie des femmes peuvent se trouver compromises.

C'est ainsi que les mouvements désordonnés peuvent être si intenses qu'il devient tout à fait impossible à la femme de porter seule jusqu'à sa bouche les aliments ou les boissons ; on est obligé de la faire manger.

Aux membres inférieurs, les jambes sont lancées dans toutes les directions ; elles se dérobent parfois

tout d'un coup, ou bien les genoux s'entrechoquent pendant la marche, les pieds se prennent l'un dans l'autre, ce qui peut amener des chutes imprévues (Obs. de Mme Rontey). La marche peut même devenir impossible, au point que les malades sont obligées de se tenir constamment au lit. Les mouvements sont parfois si intenses qu'on est obligé de les y maintenir par la force. C'est ainsi qu'Ingleby rapporte un cas où les convulsions étaient si puissantes que plusieurs hommes avaient de la peine à contenir la femme. Chez la malade de M. Potain on dut avoir recours à la camisole de force.

Souvent la langue participe aux mouvements involontaires ; elle est projetée au dehors, parfois saisie entre les dents par le rapprochement brusque des mâchoires ; ou bien ce sont les lèvres et les joues, qui, attirées vers la cavité buccale, se trouvent ainsi mordues.

Les muscles du larynx peuvent être atteints. Alors l'articulation des mots devient difficile, la malade bégaye, a de la peine à articuler les mots et à se faire comprendre (Tarnier Obs. II.) ; parfois même la parole est impossible ; la femme émet des sons bizarres.

Les spasmes pharyngés entravent les fonctions de la déglutition ; le sujet éprouve les plus grandes difficultés à se nourrir ; par suite l'amaigrissement s'accroît de jour en jour, au point que l'état général peut devenir inquiétant.

Au tronc, les muscles respirateurs et le diaphragme peuvent être aussi atteints de convulsions, d'où de l'irrégularité et des troubles divers de la fonction res-

piratoire, pouvant mettre la vie en danger par suite des menaces d'asphyxie qui en résultent (Obs. de Fischl).

Très rarement les muscles de l'abdomen, par leurs contractions, troublent l'excrétion des urines et l'expulsion des matières fécales.

Il est tout à fait exceptionnel d'observer de l'élévation de la température au cours de la chorée gravidique, à moins de maladies fébriles intercurrentes venant compliquer la situation. Cependant on aurait noté parfois de l'hyperthermie sans qu'il soit possible d'en trouver la cause dans une nouvelle affection ; dans ces cas, on a attribué l'élévation thermique à l'augmentation du travail musculaire.

Des troubles intellectuels peuvent se montrer dans les chorées graves. Breton (1) a bien étudié ces symptômes. Tantôt il s'agit simplement de changement dans le caractère des femmes qui deviennent méchantes, irascibles, coléreuses, ou bien montrent de la tristesse ou au contraire une tendance inaccoutumée à la gaieté, ce qui est plus rare ; la mémoire faiblit, se perd même complètement, on observe de la motilité dans les idées, une impossibilité absolue de fixer l'attention du sujet.

Souvent le sommeil est tourmenté par des hallucinations, des cauchemars (Tarnier. Obs. II.)

Quelquefois les troubles cérébraux acquièrent une intensité si considérable qu'ils se manifestent par des idées incohérentes, des actes bizarres qui contrastent avec l'état que présentait la malade avant sa grossesse.

Nous ne pensons pas mieux faire pour montrer

(1) BRETON Th. de Paris, 1893.

jusqu'à quel point l'état mental peut être atteint que de citer ce passage d'une observation de Breton :

« A sa deuxième grossesse, la femme devient si méchante qu'elle allait jusqu'à battre son mari... elle voyait au pied de son lit des femmes qu'elle ne reconnaissait pas et qui voulaient l'emporter : ces femmes avaient des physionomies terribles ; elle appelait son mari pour qu'il ne la quittât point. Elle voyait encore un petit bossu qui cherchait à la tirer par les pieds. »

Et cette autre observation de Vassitch (1)

« Au début de sa chorée, au quatrième mois de sa grossesse, la femme emportait ses effets et partait sans donner aucune raison de son départ ; rentrée chez elle deux jours après, elle ne pouvait indiquer l'emploi de son temps. Une seconde fois elle repart encore ; elle fut arrêtée sur les fortifications et conduite à la préfecture, où le docteur Garnier, qui l'examina, rédigea le certificat suivant : chorée, excitation maniaque : propos incohérents, sans délire systématique quelconque. »

Parfois les troubles mentaux persistent après la délivrance et l'état de démence passe à l'état chronique.

Ces symptômes se montrent dans les chorées qui sont généralement considérées comme graves et d'une mauvaise signification pronostique.

Du côté des téguments on a noté des ulcérations traumatiques pouvant aller comme dans un cas de Franck jusqu'au sphacèle et aux eschares.

Parfois aussi, quoique bien rarement, se produisent des paralysies consécutives aux troubles moteurs.

(1) VASSITCH. Th. de Paris, 1884.

Ainsi une malade d'Handfield Jones sortait guérie au quatrième mois de sa grossesse ; peu de jours après, elle devint omplètement paralysée du bras gauche, paralysie qui ne disparut qu'après l'accouchement.

Tel est le tableau symptomatique de la chorée gravidique. Ce qui prédomine surtout, ce sont les mouvements choréiques des membres. Quelle est donc la nature de ces mouvements ? Tout d'abord ils sont involontaires, mais conscients ; ils sont vifs, rapides, sans avoir cependant la soudaineté des tics ; ils se montrent à l'état de repos comme pendant l'exécution des mouvements volontaires. Ils sont continus et constants, ne revenant pas par accès. Ils sont variés, illogiques, absurdes, sans aucun rythme, orientés dans toutes les directions. Ils ne s'accompagnent pas de rigidité musculaire puisqu'au contraire il y a plutôt de la parésie.

Nous voyons en somme que les symptômes de la chorée gravidique sont sensiblement les mêmes que ceux de la chorée infantile ; mais tandis que dans celle-ci, on observe surtout des cas de moyenne intensité, la terminaison fatale étant assez rare, la chorée gravidique présente plus fréquemment une forme assez violente, la grossesse paraissant donner à la maladie une intensité plus grande que chez les enfants.

Durée. Terminaison. — Dans les cas les plus nombreux, la chorée ne disparaît qu'après la délivrance ; après elle, les mouvements désordonnés diminuent d'intensité et la guérison, qui peut se faire dans les trois ou quatre premiers jours, a lieu en général dans les quinze jours qui suivent l'accouchement, un mois au plus tard.

Comme nous l'avons déjà vu, la guérison peut être définitive et une nouvelle grossesse peut survenir sans récidence; tantôt au contraire la maladie reparait à chaque grossesse.

Parfois même l'affection peut passer à l'état chronique, comme dans ce cas de Dutil, (1) dont voici l'observation résumée :

« Femme de 68 ans. Chorée à 21 ans, à l'occasion d'une première grossesse; guérison après l'accouchement. A 23 ans nouvelle grossesse, réapparition de la chorée; guérison de nouveau après accouchement. A 24 ans 3^e grossesse, 3^e attaque de chorée qui persiste à l'état chronique après l'accouchement, avec des alternatives de rémission et d'aggravation. A 30 ans 4^e grossesse, exacerbation de la chorée, fausse couche à 7 mois. Depuis les mouvements choréiques ont toujours persisté diminuant l'été, augmentant de nouveau l'hiver. Depuis l'âge de 65 ans, aggravation de la chorée. Morte à 68 ans de bronchite. (1) »

Parfois la chorée s'améliore au cours de la grossesse; les mouvements persistent jusqu'à l'accouchement, mais notablement diminués, pour augmenter dans certain cas de nouveau au moment du travail et disparaître enfin complètement dans les jours qui suivent la délivrance. Cela se voit surtout quand un traitement a été institué.

Parfois aussi on observe une guérison complète au cours de la grossesse; c'est ainsi que cela s'est passé dans deux observations que nous rapportons (Obs. I et III); nous citerons encore la malade de Jaccoud qui fut

(1). HUET. Th. Paris 1889.

guérie après deux mois de traitement ; c'est là un des cas de guérison les plus rapides. Mais la malade ne fut pas suivie et la guérison peut parfois n'être que momentanée.

Nous verrons au pronostic que la mort peut être le terme de la maladie ; nous étudierons également l'influence que peut avoir la chorée sur la durée de la grossesse elle-même et sur la vitalité du fœtus.

Nous avons à dessein passé sous silence les signes qui peuvent s'observer du côté du cœur chez les choréiques gravides, comme il s'en observe également d'ailleurs chez les enfants choréiques.

Il est fréquent en effet de rencontrer des souffles à l'auscultation du cœur. Quand la femme présente dans ses antécédents des accidents rhumatismaux, cela n'a pas lieu d'étonner ; il s'agit là vraisemblablement d'endocardite chronique. Mais nous avons déjà dit que le rhumatisme était en somme peu souvent noté chez les femmes enceintes atteintes de chorée. A quoi donc attribuer ces souffles chez celles qui n'ont pas eu de rhumatisme ? L'endocardite n'est pas due seulement à celui-ci ; d'autres maladies infectieuses qu'on note dans les antécédents des malades peuvent agir comme lui sur le cœur.

D'autre part, nous savons qu'il est fréquent de rencontrer, chez les femmes enceintes en général, des souffles cardiaques qui disparaissent souvent après la grossesse ; les femmes choréiques peuvent en présenter de cette nature. Ces souffles dans la grossesse normale ne sont le plus souvent que des souffles extra-cardiaques ou bien peuvent encore être dus à la chloro-

anémie : ils sont anorganiques. D'autres fois ils sont liés à des modifications dans la structure du cœur par suite des obstacles apportés par la grossesse elle-même, à la circulation générale, modifications qui peuvent persister après la grossesse ; c'est ce qu'ont montré encore tout récemment MM. Vaquez et Millet (1). C'est probablement ainsi qu'il faut expliquer l'origine de souffles qu'on rencontre à l'auscultation du cœur chez nombre de choréiques enceintes, qui n'ont jamais été atteintes d'aucune maladie infectieuse ayant pu déterminer des lésions cardiaques.

(1) VAQUEZ et MILLET. *Presse Med.* 1898, 2 févr. (Du cœur dans la grossesse normale).

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est généralement des plus faciles.

Toutes les maladies avec tremblement pourront facilement être différenciées de la chorée gravidique. La sclérose en plaques, la paralysie agitante, les tremblements toxiques (alcoolique, mercuriel, etc.), seront distingués par le caractère même de leurs mouvements qui ne sont pas ceux de la chorée ; l'étiologie éclairerait encore le diagnostic.

L'incoordination de l'ataxie locomotrice n'a pas les caractères de celle qu'on peut observer dans la chorée.

Les mouvements arythmiques de la chorée ne seront pas confondus avec certains mouvements rythmiques dus à l'hystérie. Mais nous savons qu'il existe des chorées hystériques arythmiques ; nous avons déjà eu l'occasion de dire quelle part il fallait dans ces cas accorder à l'une et à l'autre névrose.

L'attaque d'épilepsie ne ressemble en rien à la chorée.

De même les attaques d'éclampsie ; dans ces dernières, on retrouve les signes prémonitoires de l'affection ; elles éclatent surtout à la fin de la grossesse, tandis que la chorée apparaît plutôt dans la première moitié.

Dans la maladie des tics convulsifs, les mouvements sont brusques, rapides, convulsifs et ressemblent à

certaines mouvements réflexes ou automatiques de la vie ordinaire.

Il existe des mouvements choréiformes symptomatiques de lésions cérébrales, hémorrhagie, ramollissement, tumeurs, siégeant au voisinage du segment postérieur de la capsule interne ; ces mouvements ressemblent à s'y méprendre à ceux de la chorée. Mais dans ces cas il s'agit surtout d'hémichorée, tandis que celle-ci est rare dans la chorée gravidique ; puis les mouvements choréiformes observés dans le premier cas, rarement præ-hémiplégiques, sont beaucoup plus souvent post-hémiplégiques : souvent aussi il existe en même temps une hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle plus ou moins prononcée.

En somme on peut dire que chez une femme enceinte choréique, le diagnostic s'impose. Ce qui peut être plus délicat, c'est de savoir si la femme est enceinte ; car nous avons vu que dans quelques cas la chorée se montrait dans les jours qui suivent immédiatement la fécondation.

PRONOSTIC

Quand il s'agit d'une maladie quelconque observée au cours de la grossesse, le pronostic doit être envisagé à un double point de vue, celui de la mère et celui de l'enfant. C'est ce que nous devons faire pour la chorée gravidique.

1. *Pronostic pour la mère.* — Voyons d'abord les renseignements fournis par les statistiques.

Jaccoud sur 31 cas trouve 4 morts.

Barnes sur 56 cas trouve 17 morts.

Dans les tableaux de Charpentier, sur 101 grossesses compliquées de chorée, nous trouvons : 75 femmes vivantes, 22 femmes mortes et 4 cas non indiqués, soit 22 % de mortalité (1).

Dans nos 143 cas relevés en dehors de ceux de Charpentier, nous trouvons : 111 femmes vivantes, 24 fem-

(1) Dans sa statistique, Buist (Soc. obst. d'Edinbourg. 1895) donne 45 mort sur 255 cas, soit 17 0/0 de mortalité. Festenberg (Deutsche med. Wochenschrift, 1897); pense que Buist a compté dans ce nombre: certains cas de grossesse, ne présentant pas de symptômes bien manifestes de chorée. Nous ne pensons pas comme lui; car aux 101 cas de Charpentier, nous avons nous-même ajouté 143 cas; dans ce nombre ne sont pas comptés les cas de Cameron (3 cas), Catterson (1 cas), T. G. Davis (1 cas), Flynn (2 cas) sur lesquels nous n'avons pu trouver aucun renseignement.

En ajoutant ces 7 derniers cas aux 101 cas de Charpentier, et à nos 143 cas, nous arrivons à un total de 251 cas de grossesse compliquée de chorée, chiffre qui se rapproche de celui de Buist.

mes mortes et 8 cas non indiqués, et en ajoutant ces chiffres à ceux de Charpentier : 186 femmes vivantes, 46 femmes mortes, c'est-à-dire soit une mortalité et maternelle de 25 %,

Sil'on s'en rapportait à ces chiffres, il faudrait considérer le pronostic maternel comme des plus graves, puisque d'après nos chiffres, la mort s'observerait 1 fois sur 4 environ.

G. Sée qui donnait une mortalité de 5 à 6 % seulement, disait dans son mémoire : « Quelles que soient la durée et l'intensité des accidents musculaires, il n'y a rien à craindre de ses résultats sur l'utérus ; la chorée n'atteint pas les muscles des viscères, pas plus les fibres de la matrice que celles de l'estomac et il n'y a pas plus de danger pour la mère que pour l'enfant (1). »

Barnes, dans son mémoire de 1869, disait : « Les rapports entre la chorée et la grossesse sont tels, que la chorée est plus dangereuse pour la raison et pour la vie dans la grossesse que dans toute autre circonstance. » Mais on lit dans son *Traité d'accouchement* qu'il publia plus tard : « Il ne faut pas conclure de ces chiffres (statistique de 1869) que la mortalité est de 17 contre 39. Il est très probable qu'on connaît plutôt les cas mortels. »

Depuis, les auteurs ont tous été de cet avis qu'on publiait surtout les cas graves et qu'on négligeait les cas légers. MM. Pinard, Riche, Fonteneau, Charpentier, Vinay, pensent ainsi.

Il est plus que probable qu'il existe des cas assez

(1) G. SÉE. *Acad. de méd. Paris* 1850.

nombreux de chorée, n'inquiétant pas suffisamment les femmes pour qu'elles songent à se traiter ou à réclamer leur hospitalisation ; ainsi une des femmes de M. Tarnier n'entraît à la Clinique que parce qu'elle perdait du sang, et qu'elle était menacée d'avortement ; sa chorée l'inquiétait si peu qu'aussitôt la menace d'avortement conjurée, elle voulut quitter l'hôpital. Sans cette circonstance, voilà probablement un cas qui n'aurait pas été connu.

D'autre part, assez souvent, ces cas légers guérissent probablement spontanément au cours de la grossesse et quand nous voyons les femmes dans les maternités, à l'approche du terme de leur grossesse, elles ne présentent plus de traces de leur affection qui les a peu gênées pendant la gravidité.

Dans les cas où la mort a été la terminaison de la maladie, devons-nous toujours mettre en cause la chorée ? Certes, il est des cas où l'on ne saurait rechercher d'autre cause, comme par exemple dans cette observation du service de M. Potain à Necker (1) que nous résumons :

« Jeune fille de 18 ans se présente à la consultation, atteinte de chorée. Elle avait eu de la chorée pendant l'enfance. On pense à une grossesse probable, les règles étant supprimées depuis quelques mois ; la malade affirme qu'elle ne peut être enceinte. Elle est admise à l'hôpital. Les mouvements deviennent si violents qu'ils nécessitent l'usage de la camisole de force. On traite par le bromure de potassium. Quatre jours après, la malade meurt presque subitement.

(1) POTAIN, *Paris médical*, 1884.

A l'autopsie, on ne trouve aucune lésion capable d'expliquer la mort ; mais l'utérus renferme un œuf de quatre mois environ. »

D'après l'étude que nous avons faite des symptômes de la maladie, nous avons vu qu'elle atteint parfois un degré de gravité qui certes peut mettre en danger les jours de la femme ; par exemple quand il existe des spasmes du pharynx gênant les fonctions de la déglutition et par suite l'alimentation, ou quand l'affection, ne permettant aucun repos aux malades, les prive de tout sommeil, ces phénomènes contribuent pour une large part à l'affaiblissement de l'organisme et la mort dans ces cas peut survenir par épuisement et cachexie.

Mais il est des cas où d'autres causes suffisent à expliquer la mort en dehors de tout phénomène choréique. Si nous nous en rapportons à Fehling (1), nous voyons que, d'après les observations qu'il a réunies, les causes de la mort, constatées à l'autopsie, ont été : 1 ulcération intestinale, 5 maladies du cœur, 1 albuminurie, 10 maladies cérébrales d'une autre nature (éclampsie par exemple).

Dans les tableaux qu'a donnés Raymond dans le *Dictionnaire des Sciences médicales*, nous voyons que souvent la mort est due à une complication : apoplexie, péritonite, pneumonie, etc. Dans ces cas, la mort n'est-elle pas plutôt due à la maladie intercurrente qu'à la chorée elle-même. Pour citer un exemple qui nous semble frappant, voici un cas d'Elischer où la femme accoucha prématurément au 8^e mois ; l'accouchement est suivi d'endométrite et d'exagération

(1) FEHLING. *Archiv. gynæk.* 1874.

des mouvements choréiques ; une péritonite se déclare et la malade meurt. A l'autopsie, on constate les lésions péritonéales ainsi que des lésions accentuées des centres nerveux probablement dues à la chorée. Est-ce à celle-ci ou bien à la péritonite que la mort semble due ?

Peut-être pourrait-on admettre que dans ces cas la maladie intercurrente s'est établie dans un organisme prédisposé, affaibli par la chorée.

En résumé, le pronostic pour la mère dans la chorée gravidique n'est pas aussi sombre qu'on serait tenté de le croire, d'après les statistiques. Cependant nous pensons que la chorée peut devenir une maladie inquiétante pour la mère ; elle est plus grave que la chorée infantile ; dans certains cas heureusement assez rares, elle peut entraîner la mort soit par elle-même, soit par suite de complications. Nous pensons aussi que les moyens thérapeutiques dont nous disposons nous permettent, comme nous le verrons, sinon de toujours guérir, au moins d'atténuer souvent la maladie.

Nous dirons donc avec M. Tarnier que « le pronostic de la chorée doit toujours être réservé et qu'il faut prévenir l'entourage de la malade de la possibilité d'accidents graves. » (1).

II. *Pronostic pour l'enfant.* — Quels renseignements fournissent les statistiques ?

Dans 21 cas de Mosler, il y a 4 avortements, et 2 accouchements prématurés.

(1) TARNIER. *Presse médicale*, 1897.

Dans 56 cas de Barnes, 22 grossesses seulement allèrent jusqu'à terme ; il y eut 10 avortements, 9 accouchements prématurés, 1 avortement et 1 accouchement provoqués ; 3 femmes moururent sans accoucher.

Bamberg sur 64 cas, trouve 33 accouchements à terme, 10 avortements, 5 accouchements prématurés, 2 fois on interrompit la grossesse.

Toutes les statistiques se ressemblent en somme, et d'après elles, le pronostic semble grave puisqu'on ne voit guère la grossesse aller à terme que dans la moitié des cas environ.

Dans les tableaux de Charpentier, sur 101 grossesses avec chorée, nous trouvons : 49 accouchements à terme ; 8 accouchements prématurés dont 1 fut provoqué ; 18 avortements dont 4 furent provoqués ; 26 cas non-indiqués. Soit 75 accouchements connus et si nous en retranchons les 5 accouchements provoqués, 70 accouchements dont 49 à terme, c'est-à-dire dans la proportion de 70 0/0 des cas.

Dans nos 143 cas nous trouvons : 66 accouchements à terme ; 17 accouchements prématurés ; 8 avortements spontanés ; 15 fois le travail fut provoqué ; 38 fois non indiqué.

En ajoutant ces chiffres à ceux de Charpentier nous avons : 115 accouchements à terme, 24 accouchements prématurés, 22 avortements spontanés ; 20 fois le travail fut provoqué. En retranchant ces 20 derniers cas, nous arrivons à un total de 161 accouchements dont 115 à terme, c'est-à-dire dans 72 0/0 des cas, chiffre sensiblement semblable à celui de Charpentier.

D'après les statistiques, les cas semblent donc, relativement fréquents où la grossesse n'arrive pas à terme.

Voyons maintenant le pronostic pour l'enfant lui-même :

Dans Charpentier nous trouvons :

49 enfants à terme dont 48 vivants.

7 enfants nés prématurément dont 4 vivants.

Dans notre statistique nous trouvons :

60 enfants à terme dont 58 vivants.

14 enfants nés par accouchement prématuré dont 11 vivants ; 4 de ces derniers moururent dans les quelques jours qui suivirent la naissance.

Quand l'accouchement se fait à terme, l'enfant est donc presque toujours vivant. Quand l'accouchement se fait prématurément, l'enfant court les risques qu'entraîne en général l'accouchement prématuré.

C'est donc sur l'époque de l'accouchement que la chorée paraît avoir de l'influence, en interrompant assez souvent la grossesse.

Mais là encore nous répétons ce que nous avons déjà dit au sujet du pronostic maternel, il semble qu'on ait surtout publié les cas où la maladie présentait un certain caractère de gravité. Il nous paraît donc qu'on ne doit pas s'en rapporter absolument aux renseignements fournis par les statistiques.

Nous ajouterons encore : l'avortement, l'accouchement prématuré, la mort du fœtus sont-ils toujours dus à la chorée elle-même ? Ne voyons-nous pas constater dans certains cas de l'albuminurie par exemple, (obs. de Duchemin) (1), une insertion vicieuse du placenta (obs. II de Riche) et d'autres causes encore pouvant

(1) FONTENEAU, Th., de Paris. Obs. IV.

très bien expliquer par elles-mêmes l'interruption de la grossesse ?

Cependant nous sommes persuadés que la chorée elle-même, quand elle devient grave, peut être à elle seule, la cause de l'avortement ou de l'accouchement prématuré.

Certains auteurs ont cherché à expliquer la cause même de la mort du fœtus ou de l'interruption de la grossesse dans la chorée des femmes enceintes. Les uns ont dit que l'utérus était sans cesse secoué par suite des mouvements choréiques ; mais cela paraît une explication bien peu soutenable, si l'on songe à ces cas où à la femme ayant subi un traumatisme des plus violents, a continué cependant à mener sa grossesse jusqu'à terme, donnant naissance à un enfant vivant.

Une explication qui paraît beaucoup plus vraisemblable est celle qu'a donnée Barnes. Pour lui, comparant la chorée à l'éclampsie, la dyspnée qui se produirait plus ou moins violente, par suite des convulsions des muscles respirateurs, serait une cause de l'accumulation de l'acide carbonique dans le sang. Or Marshall-Hall, Brown-Sequard, Scanzoni ont démontré l'action du sang vicié par l'accumulation de l'acide carbonique ; les femmes cardiaques, chez lesquelles il existe un état d'asphyxie plus ou moins aigu, sont exposées à l'avortement ; chez elles le sang est fortement chargé d'acide carbonique ; il en est de même chez les éclamptiques. Peut-être pourrait-on appliquer cette hypothèse aux choréiques gravidés.

Il est encore un point que nous devons signaler au point de vue du pronostic de l'enfant : c'est la possi-

bilité de la transmission de la maladie de la mère à son enfant.

Celui-ci pourrait présenter des phénomènes choréiques dès sa naissance, si nous en croyons Barnes et Bamberg rapportant des observations de Mayo et de Lawson Tait où les enfants seraient nés présentant des symptômes de la névrose. Spiegelberg admet cette possibilité. D'autre part, l'enfant est exposé à présenter plus tard de la chorée ou encore de l'hystérie ou de l'épilepsie; car nous savons que pour les sujets atteints de ces névroses, on rencontre parfois chez leurs parents une de ces maladies.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions rencontrées à l'autopsie des femmes enceintes mortes de chorée sont les mêmes que dans la chorée infantile : elles sont nombreuses et variables.

Généralement, celles qui prédominent atteignent le cerveau, la moelle et le cœur.

Du côté de l'encéphale, on peut trouver de l'hypérémie du cerveau et de ses enveloppes, des ecchymoses sous-méningées, de petits noyaux hémorragiques disséminés, un embolus, parfois de l'encéphalite chronique ; il peut se présenter des foyers de ramollissement principalement au niveau du corps calleux, de la voûte à trois piliers, du septum lucidum, des couches optiques, des corps striés, etc.

Les lésions de la moelle sont également fréquentes ; on a noté de la congestion des méninges et de l'écorce sous-jacente, de petits foyers hémorragiques ces lésions sont disséminées en un grand nombre de points ; dans un cas, le canal vertébral a été trouvé distendu par une accumulation de liquide louche ; dans un autre, on a noté de l'œdème des cordons antérieurs. Parfois les nerfs ont présenté des altérations : noyaux de tissu conjonctif en prolifération, altération vitreuse de la gaine médullaire.

Le cœur présente souvent des lésions d'endocardite récente ou chronique ; les valvules des orifices

aortique, mitral et même tricuspide ont été trouvées épaissies ; on a noté des végétations sur leurs bords, des dépôts fibrineux. Dans un cas, il y avait des foyers d'hémorrhagie dans les parois du ventricule gauche. On a rencontré aussi des adhérences péricardiques.

Du côté des autres organes, on trouve surtout des signes de congestion : foie, reins, organes pelviens.

Certaines femmes sont mortes de pneumonie, de péritonite puerpérale, d'érysipèle.

Dans un cas d'Ingleby, on trouva une ulcération intestinale.

Une malade de Duncan, et une autre de Charpentier présentaient des ulcérations du col.

En résumé, les lésions anatomiques sont inconstantes, discordantes et contradictoires. Senhouse-Kirkes s'est fondé sur l'existence fréquente des lésions cardiaques et cérébrales pour affirmer l'existence de désordres cardiaques dans tous les cas mortels de chorée gravidique, pouvant expliquer la mort. Certains auteurs ont même placé dans les corps optostriés le siège de la lésion spéciale à la chorée.

Mais si, d'après l'examen des lésions constatées à l'autopsie, il ne semble pas permis de conclure à une localisation spéciale et précise de la chorée, les faits nous permettent cependant de soupçonner la physiologie pathologique de l'affection.

Ainsi nous savons que dans l'hémi-chorée post-hémiplégique symptomatique, le siège des lésions peut résider dans la partie postérieure de la capsule interne.

Demange (1), en 1883 a trouvé des lésions ou dans la capsule interne ou dans les régions corticales et sous-corticales motrices : il en a conclu que la condition suffisante pour expliquer l'apparition des troubles moteurs post-hémiplégiques était l'irritation des fibres motrices dans un point quelconque de leur parcours. La même année, Pierret (2) démontrait que les lésions des faisceaux moteurs, dans un point quelconque de leur parcours peuvent amener des mouvements choréiques.

« La capsule interne est indubitablement choréigène, mais cela ne veut pas dire qu'elle diffère au point de vue anatomique ou physiologique du reste des faisceaux blancs qui mettent en rapport les centres psycho-moteurs et les noyaux gris de la moelle et du bulbe : si, plus souvent que tout autre, ses lésions amènent de la chorée, c'est qu'elle est un véritable carrefour où passent toutes les fibres motrices. Mais dans toute la hauteur de la moelle, il y a des régions analogues dans lesquelles se trouvent réunies toutes les fibres motrices se rendant aux cornes antérieures situées au-dessous du point considéré; est-il donc si difficile d'imaginer qu'une lésion localisée pourra déterminer une chorée limitée, comme une plaque de sclérose du tremblement ? » (3).

Il nous semble donc que, d'après ces travaux sur les chorées symptomatiques, il est permis de conclure que probablement les lésions cérébrales et mé-

(1) DEMANGE. *Revue de méd.* 1883,

(2) PIERRET *Soc. des sc. méd. de Lyon* 1883.

(3) LANNOIS. *Th. d'agrégation*, 1888

dullaires observées dans la chorée gravidique sont bien la cause des mouvements choréiques. Ainsi se trouverait confirmé ce que disait Charcot « que si le siège de l'hémichorée symptomatique était un jour déterminé avec précision, on connaîtrait *au moins l'une des régions* où devraient être recherchées les altérations d'où dérivent les symptômes de la chorée (1) ».

(1) CHARCOT. *Leçons du mardi.*

PATHOGÉNIE

Plusieurs théories ont été émises pour expliquer la pathogénie de la chorée gravidique.

1. *Théorie de l'anémie.* Dans la chorée gravidique, comme dans la chorée infantile, les sujets sont fréquemment atteints d'anémie. Aussi quelques auteurs ont-ils pensé que l'hypoglobulie pourrait expliquer l'apparition de la maladie.

Il existe une observation d'Ingleby, rapportée par Jaccoud (1), d'une femme qui, arrivée au terme de sa grossesse, souffrait d'une violente névralgie faciale; on lui fit une saignée pour amener un soulagement; l'opération fut aussitôt suivie de mouvements choréïques. La douleur n'étant pas disparue, on fit une seconde saignée quelques jours plus tard et la chorée se généralisa. Ici l'anémie rapide, produite par ces saignées successives, semble bien avoir eu une influence manifeste sur le développement de la chorée. Mais par quel mécanisme expliquer les phénomènes d'excitation qui caractérisent la chorée?

Nous pensons qu'il faut croire que l'anémie chez les choréïques gravidés agit plutôt comme cause prédisposante que comme cause déterminante de la maladie qui trouve là un organisme affaibli où elle peut se développer à son aise.

(1) JACCOUD. Clin. de la Charité, 1867.

II. *Théorie rhumatismale.* Nous avons déjà dit à l'étiologie que le rhumatisme était considéré comme une cause de la chorée gravidique.

En 1850, G. Sée montra les relations qui semblent exister entre les deux affections, chorée et rhumatisme. Suivant lui, le rhumatisme entrerait pour une large part dans la pathogénie de la chorée infantile, puisqu'il l'a retrouvé 61 fois dans 128 cas. Son opinion fut acceptée rapidement en Angleterre. En France, elle fut au contraire vivement combattue par Rilliet et Barthez, Monneret, Grisolle.

Mais en 1867, H. Roger se montra un chaud partisan pour soutenir la nature rhumatismale de la chorée. Il montra le rhumatisme précédant habituellement la chorée qui se développe au moment où il s'atténue et disparaît, fréquemment coïncidant avec elle, plus rarement apparaissant après elle. Chez certains sujets, il y aurait une véritable alternance entre les accidents rhumatismaux et choréiques. S'appuyant d'autre part sur la fréquence de l'endocardite et de la péricardite chez les sujets atteints de chorée, avec ou sans rhumatisme, il établit que rhumatisme articulaire, chorée et maladie de cœur ne sont, en somme, que trois termes d'une même phrase pathologique, l'affection au complet devenant « la chorée rhumato-cardiaque (1) ». Il admettait en somme qu'un choréique est toujours menacé de rhumatisme, de même qu'un rhumatisant peut tôt ou tard devenir choréique.

G. Sée faisait de la chorée un rhumatisme cérébral chronique, un rhumatisme cérébral atténué. « Pour

(1) H. ROGER. *Arch. gén. de méd.*, 1867 et 1868.

faire la chorée, dit-il, le rhumatisme frappe le système cérébro-spinal ou ses enveloppes, comme il frappe les séreuses. » H. Roger alla plus loin en disant que « la chorée est cliniquement l'accompagnement presque nécessaire du rhumatisme cérébral, si même elle n'en est pas l'expression symptomatique ; jamais je n'ai vu celui-ci sans celle-là. » C'est ainsi que chez un de ses malades, la chorée apparut la première avec affaiblissement intellectuel, pleurs, agitation ; puis apparaît le rhumatisme qui affecte plusieurs articulations, touche le cœur ; enfin après quelques jours de véritable délire, l'enfant guérit. Trousseau, Cadet de Gassicourt partageaient les vues de H. Roger.

Peut-on appliquer l'origine rhumatismale à la pathogénie de la chorée des femmes enceintes ? Nous avons déjà vu qu'on note assez fréquemment dans les observations l'existence d'une chorée dans l'enfance ; ce serait déjà un point en faveur de cette théorie. Nous savons aussi que chez les femmes enceintes choréiques, on peut retrouver des attaques antérieures de rhumatisme et que parfois elles font même du rhumatisme pendant leur grossesse. Nous avons dit que fréquemment on trouvait chez elles, à l'auscultation, l'existence de souffles cardiaques et bien plus nous savons qu'à l'autopsie, on a pu constater des lésions valvulaires dans un grand nombre de cas. Ne pourrait-on faire de la chorée gravidique une chorée rhumatocardiaque, comme le voulait H. Roger pour la chorée infantile ?

Or, très souvent il est impossible de trouver la moindre trace de rhumatisme chez les enfants et chez les femmes enceintes choréiques ; nous savons que les

souffles cardiaques ne peuvent être que des souffles anorganiques dus à l'anémie, puisqu'on peut ne retrouver aucune lésion du cœur à l'autopsie, chez des sujets ayant présenté ces signes pendant la vie.

Jaccoud conseillait déjà de se méfier des coïncidences. Joffroy (1) chercha à démontrer que les affections articulaires qu'on voit chez les choréiques étaient des lésionstrophiques liées à une altération du système nerveux. Charcot (2) fait remarquer qu'il est aussi fréquent de rencontrer le rhumatisme dans la chorée que dans l'hystérie et que cependant on n'a pas songé à faire de celle-ci une affection rhumatismale.

Brouardelet Raymond admirent un moyen terme, disant que la chorée peut, mais n'est pas toujours d'origine rhumatismale.

On pourrait donc admettre une relation entre le rhumatisme et la chorée chez les femmes enceintes ; mais on doit dire que si la chorée est parfois de nature rhumatismale, elle ne l'est cependant pas constamment ; car cette théorie ne peut expliquer tous les cas.

III. *Théorie de l'embolie.* — Tandis qu'en France on envisageait les accidents choréiques comme dus à la localisation de la diathèse rhumatismale sur les centres nerveux, en Angleterre on édifiait la théorie de l'embolie. D'après elle le rhumatisme pourrait jouer un rôle important dans la pathogénie de la chorée, puisqu'il peut créer des lésions valvulaires et par suite l'embolie ; mais celles-ci ne sont pas toujours la conséquence du rhumatisme ; l'endocardite peut être

(1) JOFFROY. *Progrès médical*. 1885.

(2) CHARCOT. *Leçons du mardi*.

due à toutes les maladies infectieuses en général, variole, scarlatine, fièvre typhoïde, etc ; le rhumatisme ne devient donc qu'une cause accessoire pour les partisans de cette théorie.

Des faits d'anatomie pathologique lui servent encore de base ; nous avons vu que les lésions les plus fréquentes, constatées à l'autopsie des choréiques graves, étaient celles que l'on rencontrait dans le système cérébro-spinal ; or, ces lésions seraient dues à des embolies parties du cœur et amenant le ramollissement si elles sont volumineuses, la chorée simplement si elles sont minimales et n'obturent que des vaisseaux peu importants. « Il se produirait des thromboses dont le résultat peut être une perturbation dans les régions du cerveau qui servent à la transmission des impressions motrices ; dans les chorées légères, les troubles sont passagers ; la lésion étant superficielle, dans les chorées graves, les lésions sont plus profondes, mais le plus souvent réparables. » (1)

Senhouse-Kirkes, Ogle, défendaient cette théorie. Tuckwell et Jackson rattachaient à des embolies d'origine cardiaque les altérations de l'encéphale qui, d'après eux, commandaient les symptômes choréiques. Mais la théorie de l'embolie ne peut être entièrement valable, ne pouvant pas, comme la théorie rhumatismale, expliquer tous les cas. On ne trouve pas toujours de lésion valvulaire capable d'expliquer l'embolie. Comment admettre alors une embolie qui se ferait tout à coup, par suite d'une simple frayeur, chez une femme jusque là bien portante ?

(1) LANNOIS. *Th. d'agrég.* 1888.

De plus les lésions emboliques des corps opto-striés ne guérissent pas complètement ; le ramollissement et la destruction d'une partie de l'encéphale amènent la cessation de la fonction et non pas l'exagération, ce qui a lieu dans la chorée. Enfin on a trouvé des lésions des centres nerveux qui sont purement de nature inflammatoire, sans aucune trace d'embolie, même microscopique.

Cependant cette théorie eut le mérite d'attirer l'attention sur le siège probable de la chorée, par suite des travaux qui ont fait découvrir le siège de l'hémichorée symptomatique.

IV. *Théorie nerveuse.* — C'est celle qui réunit à l'heure actuelle le plus grand nombre de partisans, surtout en Angleterre. Axenfeld l'admet pour la chorée de la grossesse.

L'analogie qui existe entre les modifications de la puberté et les modifications de la grossesse au point de vue du système nerveux permettrait peut-être d'adopter avec quelque vraisemblance, pour la chorée gravidique, la conception de M. Joffroy sur la chorée de Sydenham, lorsqu'il considère la chorée comme une maladie d'évolution atteignant l'axe cérébro-spinal et liée à la croissance.

Au moment de la puberté, les fonctions génitales se développent, tourmentent en quelque sorte le sujet et la réaction qui s'établit dans l'organisme, ainsi modifié, pourrait se manifester par des phénomènes du côté du système nerveux. Chez la jeune fille, c'est presque toujours au moment de l'établissement de la menstruation qu'on observe les premières altérations de sa

santé. Peut-être la grossesse agirait de même; car après la fécondation, ils survient des changements qui intéressent tous les appareils.

« Les relations entre les fonctions menstruelles et la chorée, dit Barnes, sont dans bien des cas frappants. » Et il appelle l'attention sur la coexistence fréquente de la chorée et des troubles menstruels.

Une observation de Barton-Hurst semble venir fort à l'appui de cette opinion :

« Primipare âgée de 19 ans, qui avait eu déjà quatre attaques de chorée avant de devenir enceinte. La malade avait eu trois attaques à 9 ans, 12 ans et 14 ans. A 16 ans s'établit la menstruation. Mais celle-ci s'interrompt bientôt et pendant cette période d'aménorrhée, la chorée récidive pour disparaître à nouveau avec le rétablissement des règles. La chorée reparait presque aussitôt après la conception, et aux 7^e, 8^e, et 9^e mois les mouvements choréïques redoublent d'intensité à l'époque correspondant aux règles. La malade n'avait jamais eu de rhumatisme et dans ses antécédents héréditaires on ne trouve ni rhumatisants ni nerveux » (1).

Fonteneau pense, pour expliquer l'apparition de la chorée chez les femmes enceintes qu'il s'agit vraisemblablement d'une action réflexe : Chez elles, « l'excitation partirait du plexus utéro-ovarien, cheminerait par l'intermédiaire du grand sympathique, à la moelle et au cerveau ; la réponse se ferait par l'intermédiaire des nerfs moteurs et sensitifs. Moteurs, ce qui expliquerait les mouvements anormaux, ce qui

(1) B. HURST, *J. of the Amer. med. assoc.* 1888.

constitue la chorée ; sensitifs, donnant lieu ainsi aux plaques d'anesthésie. Enfin, en vertu des lois de Pulfger, la réponse pourrait se faire d'un seul côté, ou au contraire envahir la totalité de l'axe cérébro-spinal. Dans quelques cas les centres intellectuels sont aussi impressionnés, produisent soit de l'excitation, soit au contraire, par un mécanisme complexe, analogue à celui décrit par Brown-Sequard, une sorte de dépression par inhibition » (1).

Et pour expliquer pourquoi la chorée ne se produit pas chez toutes les femmes enceintes, Fonteneau pense « qu'il faut faire intervenir cet état dynamique spécial du système nerveux, état dynamique produit soit par une prédisposition héréditaire, soit par un état moral ou émotif, par l'hystérie, l'arthritisme et peut-être la syphilis comme dans un cas d'Addison. »

Spiegelberg, Fehling admettent complètement cette théorie, faisant de la chorée gravidique une névrose dont le point de départ serait donc l'excitation du plexus utéro-ovarien. La plupart des accoucheurs anglais se rallient à cette opinion, ainsi que le prouve la discussion qui eut lieu à la société obstétricale de Londres le 22 mai 1889.

Mais cette théorie n'est que purement hypothétique et par suite sans valeur bien fondée ; elle est inférieure aux théories rhumatismale et embolique, par ce fait qu'elle n'est pas comme elles basée sur des faits d'observation clinique ou d'anatomie pathologique.

V. *Théorie de l'infection.* — C'est une théorie qui

(1) FONTENEAU. Th. Paris, 1893.

est admise aujourd'hui par nombre de partisans, surtout en France. C'est elle que Triboulet a exposée dans sa thèse de doctorat.

On sait que M. Marie (1) a démontré il y a quelques années, que la sclérose en plaques avait été fréquemment précédée d'une maladie infectieuse, et il admet par suite la possibilité de la nature infectieuse de la maladie. D'autre part, la diphtérie ne détermine-t-elle pas certaines paralysies ? Le tétanos n'est-il pas manifestement dû au bacille de Nicolaïer ?

La chorée ne serait-elle pas, elle aussi, une affection nerveuse de nature infectieuse, c'est-à-dire reconnaissant pour cause première la présence d'un microbe ?

Il est à remarquer que fréquemment, dans les antécédents des enfants, comme dans ceux des femmes enceintes choréiques, on retrouve une ou plusieurs maladies infectieuses ; nous avons déjà parlé du rhumatisme ; nous citerons encore la coqueluche, la rougeole, la scarlatine, la fièvre typhoïde, l'érysipèle, la diphtérie, etc. Suivant ceux qui soutiennent la nature infectieuse de la chorée, c'est à ces maladies antérieures qu'il faut attribuer la véritable origine de la névrose.

Le microbe du rhumatisme de Achalmé et Thiroloix aurait été rencontré dans quelques cas dans le sang des choréiques. C'est ainsi qu'au mois de novembre 1897, Triboulet faisait à la société de biologie la communication suivante :

« L'autopsie d'un enfant du service de M. Variot nous a permis d'obtenir avec du sang de la veine cave

(1) MARIE. *Lec. sur les malad. de la moelle*, 1892.

inférieure, avec un segment de la valvule mitrale et un segment de moelle,ensemencés sur lait stérilisé, des cultures anaérobies d'un microbe spécial, accompagné de rares chaînettes de streptocoques. Après réensemencement, les cultures ont été obtenues à l'état de pureté... Les caractères morphologiques, les réactions de culture sur lait stérilisé, les résultats de l'innoculation intrannulaire chez le cobaye, forment un ensemble de détails qui répond absolument à ce que Thiroloix a décrit à plusieurs reprises, à propos de recherches bactériologiques faites avec le sang des rhumatisants vivants. L'observation présente, en dehors de la constatation d'un microbe pathogène supposé du rhumatisme articulaire aigu, prête encore à des considérations d'un autre ordre : l'enfant avait souffert de son vivant de symptômes évidents de chorée : la culture d'un segment de moelle ayant donné des cultures pures des microbes en question, il devient permis, pensons-nous, de supposer que la présence de ce même microbe dans les centres nerveux est vraisemblablement l'agent provocateur du mouvement anormal... » (1).

Tout récemment encore, à la même société (29 janvier 1898), Apert disait qu'il avait retrouvé le même microbe, dont il vient d'être question, dans des cultures faites avec du sang provenant de deux sujets choréiques du service de M. Dieulafoy (2).

(1) *Presse médicale*, 1897.

(2) Nous ne pensons pas que de semblables recherches aient été faites avec du sang provenant de choréiques gravides; du moins nous n'avons pas trouvé de relations faites à ce sujet. Nous pensons qu'il serait intéressant de pratiquer l'examen du sang dans les cas

Saquet, dans sa thèse (1) pense que les manifestations articulaires qui précèdent ou accompagnent la chorée sont dues au rhumatisme pseudo-infectieux et que la chorée elle-même est une maladie infectieuse.

Triboulet conclut dans son travail : que la chorée ne semble pas due à un microbe spécifique ; le rhumatisme seul ne serait pas en cause ; les autres maladies infectieuses peuvent agir comme le rhumatisme. Ne peuvent-elles pas comme lui engendrer l'endocardite, la péricardite ou encore des symptômes articulaires ? La scarlatine, par exemple, ne détermine-t-elle pas des phénomènes articulaires ou cardiaques comme le rhumatisme ? Ces maladies pourraient donc peut-être, comme lui, engendrer la chorée : « La chorée peut dépendre d'agents infectieux divers » dit Triboulet (2). Mais il ajoute que l'infection n'amènera cette détermination que chez des sujets prédisposés.

Cette théorie paraît très soutenable. Elle expliquerait la fréquence d'autres affections que l'on rencontre assez fréquemment chez les choréiques, l'endocardite et les symptômes articulaires, par exemple. Elle répond aux idées actuelles de la science qui admet que le plus souvent les maladies sont dues à la présence de microbes dans l'organisme ou plutôt à celle de leurs sécrétions, les toxines. Comme dit Pierret « l'agent infectieux peut agir soit par localisation directe, soit par réaction chimique. Pour la chorée,

nouveaux. Pour notre part, nous n'avons pu le faire chez les deux malades de M. Tarnier, l'idée de notre travail ne nous ayant été donnée que longtemps après leur sortie de la clinique.

(1) SAQUET. Chorée consécutive aux mal. infect. Th. de Paris, 1885.

(2) TRIBOULET. Th. Paris, 1893.

suivant la localisation de l'agent infectieux dans telle ou telle partie du système nerveux, on aura des symptômes choréiques dans telle ou telle partie du corps » (1). Le microbe serait à l'état latent dans le sang prêt à se réveiller et à agir au moindre événement venant ébranler l'organisme du sujet, la grossesse par exemple ; ou bien encore celle-ci viendrait, par suite du surcroît de travail que doivent fournir les diverses fonctions de l'organisme, mettre celui-ci en état d'infériorité pour lutter contre les toxines contre lesquelles il avait triomphé jusque-là.

VI. *Théorie de l'auto-intoxication.* — C'est elle que M. Bouchard a soutenue pour expliquer la pathogénie de l'éclampsie : celle-ci résulterait d'une intoxication complexe, provenant non-seulement du rein, mais aussi du foie qui fonctionne mal ; de telle sorte qu'il y a de nouvelles causes d'empoisonnement par les substances de la bile qui restent dans le sang, par les ptomaines qui sont insuffisamment détruites et sont en partie résorbées. « L'organisme, dit Bouchard, est un laboratoire et un réceptacle de poisons ; il en fabrique par sa désassimilation, il en forme par ses sécrétions, ils existent normalement dans le sang. Si l'intoxication ne se réalise pas, c'est que l'organisme normal possède des ressources puissantes pour y échapper, dans ses organes éliminatoires : peau, poumons, intestins et surtout foie et reins ».

M. Pinard a admis cette théorie pour la pathogénie de l'éclampsie. Pour lui, chez la femme enceinte, un

(1) TRILOULET. *Loc. cit.*

certain nombre de phénomènes morbides sont causés par un défaut d'élimination par les émonctoires. C'est ainsi qu'il explique non seulement l'éclampsie, mais encore le ptyalisme, les vomissements incoercibles, certains œdèmes, l'albuminurie, etc., qu'on observe au cours de la grossesse. Aussi propose-t-il de ranger tous ces symptômes observés chez la femme enceinte sous le nom d'« *Hépaloxémie gravidique* ». (Pinard. Leçon, en 1897.

Ne pourrait-on expliquer de même la pathogénie de la chorée gravidique, et de la chorée infantile ?

Certains auteurs ont pensé qu'il fallait chercher dans les altérations de la sécrétion urinaire, la cause des troubles apportés par la chorée; ils ont rapproché ceux-ci des accidents urémiques et ont incriminé l'urémie.

D'après les recherches de Bouchardat et de Chambrelant, l'urine des femmes enceintes présente une grande diminution des principes solides; les phosphates, les sulfates, urates, créatine et créatinine sont en quantité moindre, et on y rencontre souvent des produits anormaux: albumine et glycose. Labadie-Lagrave (1) a montré que la toxicité urinaire diminue pendant la grossesse pour remonter progressivement après l'accouchement; il ajoute que c'est à la suractivité fonctionnelle du foie, pendant la grossesse, qu'il faut attribuer la destruction plus grande des poisons qui pourraient nuire. Mais si cet équilibre est rompu, quand la cellule hépatique est au-dessous de sa tâche,

(1) LABADIE-LAGRAVE. *Soc. de biologie*. 12 décembre 1896.

pour une cause quelconque, dans ces cas, l'urine est hypertoxique.

Le professeur Moussous, de Bordeaux (1) a recherché les effets des injections intra-veineuses d'urines de choréiques. Les expériences n'ont pas donné de résultat satisfaisant.

Suivant Dresch « si l'on est prévenu, si l'on y regarde d'un peu près, si l'on ne se contente pas de constater la manifestation grossière, qui caractérise la chorée, on verra que l'appareil digestif du choréique permet de constater un manque d'équilibre autant statique que fonctionnel (2), » et il ajoute qu' « au commencement de ce siècle, en Angleterre, les médecins de ce pays attribuaient d'une manière exclusive, la chorée à une lésion des fonctions du tube intestinal, laquelle réagit sympathiquement sur le système musculaire (H. Bell.). » Triboulet, dans sa thèse, dit que souvent on constate chez les jeunes choréiques, quelque temps avant le début de la maladie, des troubles digestifs.

Trousseau avait appelé l'attention sur la constipation qui est la règle dans la chorée infantile. La constipation n'est-elle pas fréquente également, et chez les anémiques, et chez les femmes enceintes ? Or, en disant constipation, ne dit-on pas en même temps rétention de principes toxiques ? Aussi, les purgatifs étaient-ils considérés en Angleterre, comme le traitement le plus rationnel de la chorée.

Dresch, rapporte l'observation suivante de Baudelocque.

(1) MOUSSOUS. *J. de méd. de Bordeaux*. 1892.

(2) DRESCH. *J. des Praticiens*. 1897.

« Un enfant avait été depuis longtemps traité d'une chorée intense par une foule de médicaments. L'agitation, loin de céder, avait plutôt augmenté. Baudelocque ayant appris qu'avant la maladie, l'enfant était très sujet au dévoiement, le mit à l'usage des purgatifs : une prompte guérison s'ensuivit ».

Ne s'agissait-il pas là, vraisemblablement, d'une véritable intoxication d'origine stercorale se manifestant par des mouvements choréiques ?

Le sujet choréique, dit Dresch, doit être considéré comme un nutritif, un vicié de la nutrition ; Brouardel disait déjà il y a quelques années : « La chorée et le rhumatisme ont dans leur pathogénie des liens étroits ; tous deux surviennent quand des désordres graves dans les sécrétions ou une activité nutritive exagérée, pendant la croissance ou la convalescence d'une maladie, modifient profondément la nutrition générale (1) ».

« En définitive, dit Dresch, nous considérons la chorée comme une réaction particulière d'un trouble nutritif préexistant, ayant amené l'état particulier d'auto-intoxication, si bien nommé *toxinhémie*. A côté de la chorée, nous rangerons la tétanie, voire même l'épilepsie et l'hystérie. *La chorée tardive des gravidiques*, l'éclampsie, sont fonctions de toxines également ; mais la puerpéralité imprime un plus haut degré de gravité, il y a hypertoxinhémie, la toxinhémie étant, pour ainsi dire, l'état physiologique de la grossesse, de la puerpéralité et de l'allaitement. La croissance rentre un peu dans cette catégorie d'états, et c'est

(1) BROUARDEL. *Gaz. des hôpitaux*, 1874.

pour cela que, pendant cette période de l'existence, apparaissent des modalités morbides spéciales : rachitisme, chlorose, épilepsie, goître, hystérie, chorée. Il y a des toxines convulsivantes, comme il y en a de narcotiques (le sommeil a été considéré comme résultat, en même temps que remède d'une toxinhémie physiologique). Il y a des toxines tétanigènes, choréigènes, hystérogènes, etc. (1).

Donc, chez la femme enceinte, la chorée pourrait peut-être résulter de l'auto-intoxication. Chez elle, la grossesse oblige l'organisme à une suractivité fonctionnelle; que cette grossesse survienne chez un sujet de santé délicate, que la femme soit anémique, qu'elle ait été déjà affectée auparavant de maladies diverses, les appareils anatomiques se trouvant soumis à une sorte de surmenage par le fait même de la gestation, ne pourront peut-être résister; il se trouve ainsi créé un *locus minoris resistentiæ*; les toxines ne sont plus détruites comme à l'état normal et des phénomènes d'ordre nerveux pourront apparaître. Duchateau et Beulque, dans leurs thèses, ont pensé qu'il fallait peut-être envisager ainsi la question. « Les toxines, dit Duchateau, ont probablement une action spéciale sur un point limité du système nerveux (2) ».

En résumé, deux théories récentes semblent bien expliquer la pathogénie de la chorée : celle de l'infection et celle de l'auto-intoxication. Dans la première rentrerait l'ancienne théorie rhumatismale. Quelle est celle qui semble devoir être adoptée? Dresch pense

(1) DRESCH. *J. des Praticiens*, 1897.

(2) DUCHATEAU. Th. Paris, 1893.

qu' « il faut attribuer plus de part à l'auto-intoxication et que c'est l'infection qui se surajoute pour brocher sur le tout, produisant des chorées typhoïdes contre lesquelles tous les traitements risquent d'échouer(1) ». Ce qui paraît probable, c'est que la chorée est due à une intoxication. Mais s'agit-il d'une auto-intoxication ou d'une intoxication microbienne?

(1) DRESCH. *J. des Praticiens*, 1897.

TRAITEMENT

I. *Traitement médical.* — Les médicaments les plus divers ont été donnés dans les cas de chorée gravidique. Ils ont varié suivant le but que l'on se proposait d'atteindre.

Les uns cherchant à combattre l'anémie ont donné les préparations toniques et ferrugineuses. Déjà Borsieri conseillait en 1787 le quinquina. L'arsenic a donné de bons résultats dans plusieurs cas (Edgerby, Hervé).

Les autres, pensant à la nature rhumatismale de la chorée ont donné les bains sulfureux,

On a administré l'antipyrine, comme dans la chorée infantile ; elle nous paraît avoir de sérieux inconvénients, car nous savons l'action déplorable qu'elle peut exercer sur le rein, en allant parfois jusqu'à faire apparaître l'albuminurie, affection que l'on doit toujours redouter, surtout chez les femmes enceintes.

Mais ce qu'on a cherché surtout à combattre chez les choréiques, ce sont les phénomènes d'excitation ; les divers médicaments nervins, antispasmodiques, hypnotiques ont été employés dans cette intention.

Trousseau recommandait les opiacés ; il donna le sulfate de morphine en débutant par 20 centigrammes pour atteindre la dose de 1 gramme 50. La malade sortit grandement améliorée au bout de 27 jours.

En Angleterre, Barnes, Russel, Wade, obtinrent

de bons résultats du sulfate de zinc donné à la dose de 10 à 15 centigrammes trois fois par jour.

Le tartre stibié a été administré dans quelques cas. Mais il est d'un emploi dangereux ; car à dose vomitive, il peut provoquer l'avortement ; à dose réfractée, il affaiblit l'organisme et est trop débilitant chez la femme enceinte.

Oulmont dit avoir employé avec avantage l'hyosciamine. « Dans trois cas, la maladie était survenue au début ou dans le cours d'une grossesse, et chaque fois une notable amélioration a suivi l'administration du médicament (1). » Il débuta par 2 milligrammes pour aller jusqu'à 8 milligrammes ; les autres médications avaient complètement échoué. Mais c'est un médicament dangereux qu'on ne pourrait donner qu'avec une extrême prudence.

Dans une observation de Demore, tout avait été inutile : le camphre, l'oxyde de zinc, l'opium, la belladone ; l'électricité amena quelque amélioration, mais la maladie reprit son intensité au bout de peu de jours. Le tableau était tellement effrayant qu'on songea à provoquer l'accouchement ; on eut alors l'idée, comme dernière ressource, de mettre la malade dans un bain fait avec de la décoction de racine de valériane ; après un quart d'heure que la femme fut dans le bain, les convulsions cessèrent ; deux heures après, la malade fut couchée et dormit plusieurs heures. On continua quelque temps les bains et les mouvements choréïques disparurent complètement ; la maladie ne récidiva pas.

L'enveloppement dans le drap mouillé (Pinard et

(1) OULMONT. *Bull. gén. de thérap.*, 1875.

Joffroy) l'hydrothérapie (douches froides, bains salés), les pulvérisations d'éther le long de la colonne vertébrale ont donné de bons résultats dans quelques cas.

Les deux médicaments qui ont été le plus souvent employés dans le traitement de la chorée gravidique, sont le chloral et le bromure de potassium.

Le chloral à haute dose a donné d'excellents résultats. Russel l'a vu réussir dans un cas où le bromure de potassium avait été tout à fait impuissant. Une malade de Schuhl guérit en peu de temps sous l'influence du chloral et du bromure. M. Pinard dans une de ses leçons, recommandait le chloral à haute doses : jusqu'à lui, on n'avait pas dépassé 3 à 4 grammes par jour. Il recommanda d'augmenter ces doses s'il était nécessaire, et d'atteindre jusqu'à 6, 8 et 10 grammes, afin de procurer le sommeil. On ne réveille la malade que pour les repas. On diminue le chloral quand les symptômes diminuent d'intensité, mais on ne le cesse que quand ils ont totalement disparu. Dans une observation de Lepage, rapportée par Riche dans sa thèse, c'est cette méthode qui fut suivie ; elle eut les meilleurs avantages, puisque la malade qu'on était obligée de faire manger, pouvait, à la fin de sa grossesse, se livrer à des travaux d'aiguille et tricoter et elle accoucha à terme d'un enfant vivant.

Le bromure de potassium, a lui aussi donné de nombreux cas de guérison. La malade de Jaccoud fut guérie au bout de deux mois de traitement ; si on n'obtient pas toujours la guérison, on obtient au moins la plupart du temps une notable amélioration. Dans une de ses dernières leçons (23 mars 1897), M. Tarnier recommandait le bromure de potassium : « L'agent qui

semble le mieux réussir, dit-il, est encore le bromure de potassium donné à la dose de 4, 6, 8 et même 12 grammes par jour. Le bromure combat souvent un symptôme très gênant, l'insomnie ». Tel est le traitement qu'il institua chez une de ses malades dont nous rapportons l'histoire. Il débuta par 4 grammes ; les mouvements restant aussi accentués, il porta la dose à 8 grammes ; le lendemain la femme dormait bien et les mouvements diminuèrent de jour en jour d'intensité.

Dans les cas où les symptômes choréiques acquièrent une exagération trop considérable, on pourra se servir avec avantage des inhalations de chloroforme comme on les a prescrites dans le traitement de l'éclampsie.

II. *Traitement obstétrical.* — Cependant il est des cas où toute médication n'apporte aucun soulagement. C'est alors qu'on a songé au traitement véritablement obstétrical, à l'intervention opératoire.

Dans un cas, Wade, mettant en pratique la méthode instituée par Copeman, quand il s'agit de vomissements incoercibles dans la grossesse, obtint un succès par la dilatation digitale de l'orifice cervical de l'utérus et le décollement des membranes autour de cet orifice. L'opération fut pratiquée une première fois ; la malade dormit la nuit suivante ; mais trois jours après les mouvements reparaissaient avec plus d'intensité. On pratiqua une seconde fois la dilatation ; les mouvements sans disparaître complètement, persistèrent, mais peu accentués, et la malade put mener à terme sa grossesse et donner naissance à un enf

vivant. Voldquardsen et Rombault, ont eu recours à ce procédé. Cependant s'il a donné des résultats si excellents, il n'est pas sans inconvénient ; car la dilatation pourrait provoquer l'avortement. Ainsi dans un cas rapporté par M. Cann, le professeur Simpson suivit cette ligne de conduite ; elle eut pour résultat de provoquer le travail qui donna naissance à un fœtus vivant, de 7 mois environ, qu'on dut placer dans une couveuse.

D'autres auteurs ont songé à interrompre le cours de la grossesse par l'avortement provoqué ou l'accouchement prématuré artificiel, se basant sur ce que la chorée diminue généralement d'intensité après l'avortement ou l'accouchement spontanés et disparaît dans les jours qui suivent. On a donc pensé qu'en interrompant la grossesse on obtiendrait la guérison que donnait le plus souvent la nature elle-même.

Ahlfeld le premier provoqua l'avortement dans un cas de chorée intense où toute médication avait échoué ; la guérison fut obtenue en quinze jours.

Fischl rapporte le cas d'une femme enceinte pour la troisième fois ; au deux premières grossesses, elle n'avait présenté aucun phénomène choréique ; pendant la troisième grossesse, se développa une chorée intense dans laquelle l'oxyde de zinc, les préparations métalliques, les saignées locales échouèrent complètement. La femme avait du délire, de la température, un pouls fréquent ; la respiration était irrégulière ; il y avait des vomissements et des accès de suffocation dus aux contractions spasmodiques des muscles respiratoires. C'est alors que Fischl se décida à provoquer l'avortement : trois jours après tout symptôme choréique avait totalement disparu.

Barnes conseillait l'accouchement prématuré, surtout quand il y avait des désordres cérébraux intenses ; il recommandait d'attendre le plus longtemps possible afin d'obtenir un enfant viable. Il obtint un succès.

Spiegelberg conseillait, quand la chorée s'aggrave et est rebelle, l'accouchement prématuré artificiel et même l'avortement ; et il ajoutait surtout de ne pas agir trop tard.

Cependant on obtint des insuccès. C'est ainsi qu'une femme de Lawson Tait mourut, mais elle avait une lésion cardiaque. Dans un cas Ingleby provoqua l'avortement ; la malade succomba. Goodell suivit encore cette pratique, la chorée continua et la femme mourut.

Nous savons en effet que la guérison ne se fait pas toujours après l'avortement ou l'accouchement spontanés ; parfois même, la chorée au lieu de s'amender, augmente d'intensité. Aussi quelques-uns ont-ils combattu absolument l'intervention, prétendant qu'on risquait d'augmenter l'intensité de l'affection. C'est ainsi que Lever ne voulait pas qu'on provoqua l'accouchement ; d'après lui, on n'est presque jamais autorisé à le faire.

Cependant la plupart des auteurs sont d'avis d'interrompre la grossesse quand la chorée menace les jours de la mère ; Riche, Fonteneau, dans leur thèse pensent ainsi.

Simpson pense que si la mortalité est encore assez considérable dans les cas où on interrompt le cours de la grossesse c'est qu'on attend trop longtemps pour intervenir.

M. Tarnier, dans sa leçon du 23 mars 1897, disait

que « dans la chorée grave, quand tous les médicaments ont échoué, on peut et on *doit* songer à l'accouchement prématuré provoqué. »

Dufournier dit avec Ribemont-Dessaigne et Lepage que « dans les cas graves qui mettent les jours de la femme en danger, il ne faut pas hésiter à provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré » (1).

Pollock, en 1886, eut un succès avec cette méthode ; dans un autre cas de Wasseige, en 1887, la femme mourut.

Dans sa thèse inaugurale, Arai (Kobo) rapporte une observation où la chorée s'aggrava de plus en plus malgré le bromure, le chloral, la morphine ; le professeur Frommel provoqua l'avortement, et la malade sortit de l'hôpital vingt-sept jours après, totalement guérie.

Nous trouvons encore dans la thèse de Kroner un exemple de guérison de chorée gravidique après avortement provoqué.

Deux observations ont été rapportées pendant l'année 1897 où cette méthode fut pratiquée avec succès : ce sont celles de Festenberg et du docteur Loviot (nous rapportons cette dernière, obs. V). Dans la première, on fit l'accouchement prématuré ; quatre jours après les symptômes étaient totalement disparus.

En somme, dans notre statistique, nous trouvons que la grossesse chez les choréiques fut interrompue dans 20 cas ; 4 fois la femme mourut (2) et 16 fois la guérison fut obtenue (3). Ces chiffres paraissent donc en

(1) DUFOURNIER. *Bull. méd.* 1894.

(2) Observations de : Ingleby, Lawson Tait, Goodell, Wasseige.

(3) Observations de : Ahlfeld, Fischl, Barnes, H. Jones, Pautzer.

faveur de l'intervention. Aussi dirons-nous avec Bué : « Si un jour nous rencontrons, chez une femme enceinte, une chorée grave qui menace ses jours, nous nous demandons s'il ne serait pas permis de faire pour elle ce que fait souvent la nature, c'est-à-dire l'accouchement prématuré artificiel, dont nous reculons la provocation aussi tard que possible, afin de laisser à l'enfant le plus de chances de survie. Nous croyons que, dans ces cas, il n'y a pas d'hésitation possible, et que la règle de conduite est ainsi bien tracée. Il est bien entendu que pour les chorées de moyenne intensité, nous nous abstiendrons de toute intervention obstétricale, nous bornant à employer les moyens médicaux usités en pareil cas » (1).

Pollock, M. Cann (2 cas) A. Kobo, Ruhemann, Koch, Groeschner, Kroner, Lantos, Festenberg, Loviot.

(1) Bué. *Presse médicale*, 1894.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite)

(Service de M. le Professeur TARNIER à la Clinique d'accouchement et de gynécologie)

Mathilde H. . . , journalière, est âgée de 19 ans. Primipare.

Antécédents héréditaires. — Son père et sa mère sont bien portants.

Antécédents collatéraux. — Ses frères et sœurs sont bien portants.

Antécédents personnels. — Elle a marché à un an.

A 5 ans elle a eu la coqueluche ; à 6 ans la rougeole, à 7 ans une scarlatine grave, à la suite de laquelle elle a été atteinte d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu, qui a obligé la malade à rester au lit pendant trois mois.

Elle a eu une angine diphthérique à 12 ans.

A 13 ans, la malade a été atteinte de chorée pendant une année ; elle a été pendant 3 mois sans pouvoir parler.

Les premières règles apparaissent à 14 ans ; les mouvements choréiques ont diminué petit à petit à partir de cette époque ; la parole est revenue ; enfin la guérison fut complète.

Les règles ont toujours été normales, quoique peu abondantes.

Elle n'a pas fait de maladie depuis sa chorée.

Les règles ont apparu pour la dernière fois le 25 août 1896 ; elles ont duré trois jours.

Depuis le début de sa grossesse, elle a eu des vomissements, des douleurs de tête, des maux d'estomac. La céphalalgie exis-

taît déjà avant la grossesse et était toujours plus violente au réveil.

La malade entre à la Clinique le 3 mars 1897 pour une hémorrhagie ; la quantité de sang qui s'est écoulée est évaluée par la malade à la contenance d'un verre ordinaire environ.

A un mois et demi de sa grossesse, la malade a eu une émotion violente : en traversant la rue, elle a failli être écrasée. Quelques jours après cette peur, elle a remarqué quelques légers mouvements involontaires dans la main gauche, le bras gauche et la jambe gauche. Puis quelques jours après, le côté droit du corps a été envahi. Mais les mouvements sont restés toujours plus accentués à gauche qu'à droite.

La malade actuellement ne peut rester tranquille dans son lit. Plusieurs fois dans la journée, elle se plaint d'un embarras de la parole ; elle ne peut parler qu'avec beaucoup de difficulté ; puis au bout d'un quart d'heure environ la parole revient.

La malade reconnaît avoir d'ordinaire un caractère très changeant ; elle dit qu'elle rit et pleure facilement ; cependant elle affirme n'avoir jamais eu de crise de nerfs et n'avoir jamais eu la sensation d'une boule remontant de l'abdomen jusqu'à la gorge.

La sensibilité est à peu près normale ; sauf cependant quelques zones d'anesthésie qui sont notées au niveau du sein gauche et de la paroi latérale gauche de l'abdomen.

Le champ visuel n'est pas diminué.

L'ouïe est affaiblie, notamment du côté gauche.

L'auscultation des poumons ne révèle aucun signe anormal.

A l'auscultation du cœur, le premier temps est un peu soufflant à la pointe.

Les urines sont normales.

Examen obstétrical. — Le fond de l'utérus remonte au niveau de l'ombilic. La malade prétend n'avoir jamais senti remuer. Au palper, on sent la tête dans le flanc gauche ; le dos est en avant, les petits membres dans le flanc droit.

Le maximum d'auscultation des bruits du cœur fœtal s'entend sur la ligne médiane ; ils sont normaux.

A son entrée, comme la malade se plaint de ressentir des con-

tractions utérines douloureuses, on lui administre le matin et le soir un lavement avec XX gouttes de laudanum chaque fois.

Les lavements laudanisés sont continués pendant les jours suivants.

7 mars. — M. Tarnier prescrit une potion avec 4 grammes de bromure de potassium et on continue les lavements laudanisés.

Pendant les jours qui suivent, la malade dort un peu mieux ; mais les mouvements sont tout aussi accentués.

10 mars. — M. Tarnier porte à 8 grammes la dose de bromure de potassium et on continue encore les lavements laudanisés.

12 mars. — La malade dort bien. Elle est un peu plus calme ; mais les mouvements sont toujours aussi accentués au niveau des membres supérieurs et de la face, il y a peu de mouvements au niveau des membres inférieurs.

17 mars. — Malgré les conseils de M. Tarnier, la malade veut quitter l'hôpital et sort sur sa demande. On lui prescrit de continuer le bromure.

A sa sortie le fœtus se présentait en O. I. G. et les battements du cœur fœtal étaient bons.

Nous avons revu nous-même la mère de cette femme au mois de janvier dernier, et nous avons pu savoir dans quelle conditions s'était terminée la grossesse.

Aussitôt après sa sortie de la clinique, la malade alla consulter le docteur Mouton (de Paris). Comme elle avait été traitée avec avantage, lors de sa première attaque de chorée pendant l'enfance, par les bains de valériane, de tilleul et de ronce, elle insista pour reprendre ce traitement. Le docteur Mouton lui conseilla de prendre trois fois par jour un cachet contenant 1 gramme 50 de poudre de valériane. L'amélioration continua à s'accroître de jour en jour et pendant les deux derniers mois, les mouvements avaient totalement disparu. Cependant on continua à administrer la valériane jusqu'à la fin de la grossesse.

La malade accoucha à terme et spontanément le 1^{er} juin 1897, et donna naissance à un enfant du sexe féminin que nous avons eu l'occasion de voir dans les bras de sa grand-mère, au moment de notre visite ; elle est bien portante et bien constituée. Sa mère est également en bonne santé.

OBSERVATION II (Inédite)

(Service du Professeur TARNIER à la clinique d'accouchement et de gynécologie)

Adrienne L., papetière, âgée de 24 ans, entre à la clinique le 22 février 1897 ; elle est enceinte pour la troisième fois.

Antécédents héréditaires. — Son père est bien portant ; sa mère est morte ; elle ne sait pas de quelle maladie.

Antécédents collatéraux. — Un frère est mort d'affection pulmonaire aiguë. Une sœur actuellement vivante, est bien portante.

Antécédents personnels. — Elle a marché à 9 mois.

A 2 ans, elle a eu la rougeole.

Elle fut réglée à 10 ans $1/2$; les règles sont régulières ; leucorrhée dans l'intervalle.

A 13 ans, elle fut atteinte pour la première fois de chorée avec prédominance des mouvements dans le côté gauche. La même année, elle fut atteinte de douleurs rhumatismales dans le genou, et la hanche ; elles disparurent au bout de six mois, sous l'influence du repos et de l'hydrothérapie. Les mouvements choréiques persistèrent exagérés pendant 3 mois. A partir de ce moment, ils diminuèrent considérablement pour disparaître enfin.

Ils reparurent avec une notable intensité dès le début d'une première grossesse en 1893, et disparurent complètement après l'accouchement qui eut lieu à terme ; l'enfant est né vivant.

A l'occasion d'une deuxième grossesse, la chorée reparut dès le début ; les mouvements furent légers et n'inquiétèrent pas la malade qui accoucha à terme, à la clinique, d'un garçon vivant pesant 3970 grammes le 27 octobre 1894. Ils disparurent peu de temps après la délivrance.

Dans ces deux premières grossesses, il y avait prédominance des mouvements choréiques dans le côté gauche.

Grossesse actuelle. Les règles sont apparues pour la dernière fois le 31 mai 1896 ; elles ont duré quatre jours.

Pendant cette grossesse, la malade n'a pas eu de vomissements ; elle accuse des troubles de la vue ; les urines sont normales.

Les mouvements choréïques sont réapparus dès le début de la grossesse, en se localisant cette fois du côté droit. Il existe de plus un léger embarras de la parole et des cauchemars pendant le sommeil. Cependant la chorée est assez légère et n'empêche pas la malade de vaquer à ses occupations ordinaires.

Examen obstétrical. — Le fœtus se présente en O. I. G. La tête est mobile au-dessus du détroit supérieur.

Les bruits du cœur fœtal sont bons.

L'accouchement eut lieu le 19 mars ; fille vivante pesant 3340 grammes, bien constituée.

Deux jours après les phénomènes choréïques avaient totalement disparu. La mère et l'enfant sortent tous deux bien portants le 40^e jour après l'accouchement.

OBSERVATION III (Inédite) (1)

Lors de sa première grossesse, Mme L... était âgée de 21 ans.

Antécédents Hérititaires. — Son père est mort à 47 ans d'une maladie de cœur. Sa mère est vivante ; elle est très nerveuse et très impressionnable.

Antécédents Collatéraux. — Un frère est mort à 28 ans de tuberculose pulmonaire. Une sœur est encore vivante et bien portante.

Antécédents Personnels. — Elle a marché à 11 mois.

Pas de maladie grave pendant l'enfance. Réglée à 11 ans 1½. Elle a toujours été très impressionnable.

A 12 ans, elle a été atteinte de chorée légère dont la durée a été de six mois : elle n'a pas cessé pendant ce temps de continuer à aller à la pension.

Elle devient enceinte au commencement de l'année 1893. Vers

(1) La malade fut accouchée les deux fois par Mme Rontey, à qui nous devons cette observation. Nous la prions d'accepter nos meilleurs remerciements.

le milieu du 4^e mois de cette grossesse, cette femme perd son frère ce qui lui causa un profond chagrin. Quelques temps après elle était prise de légers mouvements dans le côté gauche ; peu à peu les mouvements augmentent d'intensité et enfin se généralisent à tout le corps. Ils sont assez violents pour pouvoir gêner la marche ; la malade fit même, au cours de cette attaque plusieurs chutes, sans perte de connaissance. On lui administra du chloral ; au 7^e mois, les mouvements avaient totalement disparu et ne se montrèrent plus jamais pendant le reste de sa grossesse.

L'accouchement eut lieu à terme au milieu du mois d'octobre 1893. L'enfant, une fille bien constituée, mourut quelques mois après en nourrice.

Mme L... redevient enceinte en 1894 ; il n'y eut pas de nouvelle attaque de chorée pendant cette seconde grossesse.

OBSERVATION IV (Inédite) (1)

Madame M. D... âgée de 27 ans, se présente à notre consultation le 10 avril 1897, elle est enceinte de 6 mois 1/2 environ.

Dans ses antécédents héréditaires, nous ne relevons rien de particulier. Elle a encore son père et sa mère qui sont bien portants et un frère et une sœur qui sont également en bonne santé.

De son côté, aucune trace de maladie, sauf celle pour laquelle, en même temps que pour sa grossesse, elle vient nous consulter : une chorée dont l'apparition paraît remonter à sa toute première enfance et qui, malgré les divers traitements institués, ne l'a jamais quittée.

Elle nous dit en effet qu'aussi loin que se reportent ses souvenirs, elle s'est toujours connue agitée des mêmes mouvements désordonnés qu'elle présente encore aujourd'hui, grimaçante et ne pouvant tenir en place.

(1) Cette malade fut observée par notre collègue et ami le docteur Thoyer-Rosat, moniteur à la Clinique d'accouchement et de gynécologie de la Faculté ; nous le remercions bien vivement de nous avoir communiqué son observation.

Sa mère, que nous prions de nous renseigner à cet égard, nous affirme que sa fille a toujours été telle que nous la voyons aujourd'hui ; que lorsqu'elle était encore au maillot, ses bras et sa tête étaient animés de mouvements brusques, de soubresauts qui n'existaient pas continuellement, mais qui se reproduisaient fréquemment, surtout lorsqu'on l'avait laissée crier. La mère ajoute qu'elle n'en avait nullement été surprise, ayant eu vers le sixième mois de sa grossesse une très grande frayeur, à la suite de laquelle elle avait senti remuer avec une fréquence et une violence telle, qu'elle avait eue dès lors la certitude que son enfant naîtrait avec une maladie nerveuse.... Nous citons, textuellement et sans appréciations, ses paroles.

Quoiqu'il en soit de l'âge exact de cette chorée, elle paraît s'être notablement aggravée vers la quatrième année : pendant 3 mois, l'enfant dut rester couchée ; puis les mouvements choréiques s'apaisèrent un peu, et il y eut une période de calme relatif jusqu'au moment de l'apparition des premières règles, à 14 ans 1/2. A ce moment nouvelle période aiguë. La malade dut s'aliter pendant 2 mois environ, très agitée, pouvant à peine dormir, et s'ulcérant les coudes et les talons. C'est l'usage prolongé de fortes doses d'antipyrine qui paraît avoir, cette fois-là, calmé les mouvements choréiques.

A la suite de cette deuxième période aiguë, on conseilla à la malade de prendre de la liqueur de Fowler et de faire de l'hydrothérapie. Elle parut s'en bien trouver et n'eut plus de phase aiguë jusqu'à l'âge de 24 ans où, pendant un mois encore, elle dut s'aliter.

Il est probable que cette période d'aggravation coïncida avec un début de grossesse ; en effet, très bien réglée ordinairement, la malade vit ses règles disparaître pendant deux mois après lesquels elle perdit des caillots en assez grande abondance. Avec la réapparition des règles reparut le calme. Il ne fut troublé qu'en octobre et novembre dernier, au début de la grossesse actuelle (dernières règles du 30 septembre au 3 octobre) et cette fois, la malade nota seulement qu'elle était un peu plus agitée, mais ne dut pas prendre le lit.

Jusqu'au mois de janvier, elle se remit au traitement qui lui

avait été précédemment prescrit (douches et liqueur de Fowler) ; depuis lors elle l'a cessé, étant revenue depuis la fin de novembre à son état ordinaire, celui dans lequel elle se trouve quand elle vient nous consulter.

Dès avant qu'elle nous ait parlé, nous ne doutons pas que nous ne soyons en présence d'une choréique : la tête, les bras et le tronc sont animés de mouvements qui ne laissent aucun doute à cet égard. Les membres inférieurs seuls restent immobiles, et il en a toujours été ainsi, nous dit la malade, sauf pendant les phases aiguës : ceci, du moins dans la position debout ou assise, car dans le décubitus, les membres inférieurs présentent eux aussi quelques mouvements choréiques ; nous pouvons nous en rendre compte pendant que nous pratiquons l'examen obstétrical.

Nous ne trouvons rien de spécial à l'examen général de la malade. Notre attention est appelée surtout du côté du cœur qui bat très régulièrement et ne présente pas de bruit de souffle.

Les battements du cœur du fœtus sont également très réguliers, il se présente en O. I. G.

La grossesse a évolué tout à fait normalement, à part l'aggravation de la chorée pendant les deux premiers mois.

Nous conseillons à la malade de prendre 15 jours par mois, un gramme de bromure de sodium par jour.

Nous la revoyons plusieurs fois pendant la fin de sa grossesse : elle nous dit, et il nous paraît en effet, que les mouvements choréiques sont très atténués depuis qu'elle prend du bromure.

La malade entre en travail le 30 juin. L'accouchement ne présente rien d'anormal si ce n'est que la période d'expulsion est rendue difficile par la résistance des parties molles (primipare de 27 ans) et nous terminons par une application de forceps.

L'enfant, du sexe féminin, né à terme, pèse 3.400 grammes ; il est très vivace.

Pendant les jours qui suivent l'accouchement, nous trouvons la malade absolument calme dans son lit ; elle nous dit cependant qu'elle a encore quelques mouvements involontaires dans les bras, mais qu'elle n'en a jamais eu aussi peu.

Le 19 juillet, elle se lève et à dater de ce jour les mouvements choréiques augmentent pour être bientôt ce qu'ils ont toujours été pendant la période de calme.

Nous revoyons la malade en août et nous lui conseillons de reprendre du bromure, en alternant avec la liqueur de Fowler.

Nous n'avons plus eu de ses nouvelles ; nous avons appris seulement que l'enfant, qui avait été envoyé en nourrice en Seine-et-Marne, y est mort à la fin d'août de choléra infantile.

OBSERVATION V

(Société obstétricale et gynécologique de Paris. — Docteur Loviot.

Séance du 13 janvier 1898). (1)

Il s'agit d'une jeune femme, secondipare, atteinte de chorée gravidique avec délire et insomnie et arrivée au troisième mois de sa grossesse.

Mme X..., a eu à l'âge de 14 ou 15 ans, une chorée très violente qui n'aurait duré que trois semaines. Lors de sa première grossesse, surtout pendant les derniers mois de celle-ci et quelques mois encore après son accouchement, qui avait eu lieu à terme, cette dame avait présenté des phénomènes analogues, mais d'une moins grande intensité et non compliqués de délire permanent et d'insomnie absolue.

Tout semblait rentré dans l'ordre, lorsque, un an après le premier accouchement, Mme X..., redevint enceinte.

Quand le docteur Loviot la vit à la fin du troisième mois de sa grossesse, l'état choréique qui s'était manifesté dès le début de celle-ci, et qui allait sans cesse progressant et se compliquant était tel, qu'après l'essai de quelques médicaments et le retour infructueux à quelques autres, l'indication de pratiquer l'avor-

(1) Cette observation nous a été communiquée par le docteur Loviot lui-même. Nous lui exprimons notre sincère reconnaissance pour les renseignements qu'il nous a fournis avec tant de complaisance.

tement artificiel devint de plus en plus nette. L'enveloppement avec le drap mouillé qui produisait seul une certaine accalmie, était tout à fait insuffisant.

Le docteur Brissaud, appelé en consultation, écrivait peu après au docteur Loviot (13 juillet 1897) : « Il n'y a plus à hésiter ; *il faut provoquer l'avortement*. La situation ne fait que s'aggraver et quand au délire permanent se joint *l'insomnie absolue*, c'est un signe de haute gravité devant lesquels les atermoiements ne sont plus permis ».

M. Loviot intervenait le lendemain même ; il introduisit dans l'utérus une bougie aseptique, après chloroformisation de la malade. Cette bougie ayant été rejetée 36 heures après son introduction, il put en introduire une seconde, cette fois sans chloroformer Mme X..., et eut la satisfaction, une trentaine d'heures plus tard, de déterminer l'expulsion d'un œuf complet, en un seul temps.

A partir de ce moment, grande amélioration et trois ou quatre jours après, la guérison paraissait obtenue. Les mouvements choréiques tendaient à disparaître, le délire avait cessé, le sommeil était revenu.

Cette quiétude, si promptement obtenue, ne se maintint pas parfaitement dans la suite ; il y eut quelques réchutes, mais légères, et quelques semaines après l'avortement provoqué, le retour de couches se produisait normalement et tout rentrait dans l'ordre.

Aujourd'hui, Mme X..., sauf un peu de nervosité et d'agitation des mains, est parfaitement rétablie.



TABLEAUX DE CHARPENTIER

NUMÉRO	AUTEURS	AGE	PARITÉ	MOIS d'apparition	CHÔRÉE dans l'enfance	ACCOUCHEMENT				ENFANT		MÈRE		
						à terme	prématuré	prématuré provoqué	avortement	avortement provoqué	vivant	mort	vivante	morte
1	Riedlin				1	1					1		1	
2	Frank		I	tôt	1						1		1	
3	Dubois	49	I	7		1			1		1		1	
4	Hufeland	49	I	7		1					1		1	
5	Id.					1					1		1	
6	Furnes			8		1					1		1	
7	Mayo			4		1					1		1	
8	Turner	23	I	9		1					1		1	
9	Richelot	20	I	3	1	1					1		1	
10	Ingleby		I	6	1	1					1		1	
11	id.		I	4		1					1		1	
12	Lever		I	3		1					1		1	
13	(Même femme)		2 ^e	3					1				1	
14	Id.		I	3		1					1		1	
15	Id.		II	2		1					1		1	
16	Id.		II		1								1	
17	(Même femme)	20	3 ^e	3		1					1		1	
18	Scanzoni	24	I	4			1				1		1	
19	Mosler	24	II	3	1	1					1		1	
20	Helfft	20	II	1	1				1				1	
21	id.	23	II	3					1				1	
22	Ungen	18	I	5					1				1	
23	Hand	23	I	6					1					1
24	Bezold	19		5					1					
25	Romberg	20	I	1			1					1	1	
26	Id.	23	II	2		1					1		1	
27	Id.	18		1	1	1					1		1	
28	Chambers	23	I			1					1		1	
29	Pye et Smith	23	II		1						1		1	
30	Trousseau	20				1					1		1	
31	Woodmann		I	2			1				1		1	
32	Id.	18	I	4	1	1					1		1	
33	Barnes		II										1	
34	(Même femme)	20	3 ^e	5					1		1		1	
35	Levick	35	IV	4		1					1		1	
36	Id.	17	I		1		1					1		
37	Sée	20	I	9	1	1					1		1	
38	Id.	32			1								1	
39	Lawson Tait	22	I	4	1	1					1		1	
40	(Même femme)		2 ^e	tôt		1					1		1	
41	(Même femme)		3 ^e						1				1	
42	Gubler et Duncand		I		1								1	
43	(Même femme)	22	2 ^e	5		1					1		1	
44	Woodmann	20	I	7	1	1					1		1	
45	Jeffrey	17	I	2	1								1	
46	Duncan	32	I	4	1								1	
47	Ahlfeld	23	I						1				1	
48	Benicke					1					1		1	
49	Id.		II			1					1		1	

NUMÉRO	AUTEURS	AGE	PARTIE	Mois d'apparition	CHOIX dans l'enlance	ACCOUCHEMENT					ENFANT		MÈRE	
						à terme	prématuré	prématuré provoqué	avortement	avortement provoqué	vivant	mort	vivante	morte
50	Duncan					1					1		1	
51	Edgerby	24	II	3		1					1		1	
52	Fasbender	23	I	9		1					1		1	
53	Richardson	17	I		1	1					1		1	
54	Bastian	24	I	5	1	1					1		1	
55	Oulmont	28	I	2		1					1		1	
56	Edgerby	19	I	1	1	1					1		1	
57	Hervé	18	I	1	1	1					1		1	
58	Wade	19	I		1	1	dilat. artific. du col				1		1	
59	Fischl	25	III							1			1	
60	Demore		I										1	
61	(Même femme)	21	2 ^e	1		1					1		1	
62	Dumont		I		1				1				1	
63	(Même femme)	25	2 ^e	5		1					1		1	
64	Fehling	23	I	7			1				1		1	
65	Richardson	22	II	6	1				1				1	
66	Lyman	30											1	
67	Id.	18											1	
68	Vassicht	22	I	4	1								1	
69	Sturges	21	I	3									1	
70	Hecker	30	V	9		1					1		1	
71	Mundé	23	III			1					1		1	
72	Edge	27	III	3					1				1	
73	Gayard	21	I			1	chor. au ret. de couc.				1		1	
74	Vassicht	20	I	7		1					1		1	
75	Lohlein	40	I										1	
76	Charpentier	20	I	5	1	1					1		1	
77	Id.	19	I	3		1					1		1	
78	Charpentier	30	IV			1	hémic. 45 ^e j. d. couc.				1		1	
79	Hallopeau	18	I	1		1								
80	Steffann													
81	Ingleby		I											1
82	Id.		I	3									1	
83	Id.												1	
84	Id.									1	1		1	
85	Id.			9									1	
86	Tuckwarth	20	I	tôt			non accouchée						1	
87	Lee et Barnes	24	II	6			1						1	
88	Hine	34	II	8	1	1					1		1	
89	Trousseau	24		5									1	
90	Lawson Tait	28	IV	1	1					1			1	
91	Pritchard	17							1				1	
92	Lewick	19	I	5									1	
93	Ogle et Day	17	I	3									1	
94	Ogle et Boyd		II	6			1					1	1	
95	Ogle	23	I	1									1	
96	Louis et Aran	20	II	5					1				1	
97	Woodmann	18	I	8		1						1	1	
98	Potain	20	I	4	1		non accouchée						1	
99	Sawyer	31	II						1				1	
100	Prince	20	I	4			non accouchée						1	
101	Frerichs	36	IV	3									1	

(Ces tableaux sont ceux de Charpentier, complétés par quelques renseignements que nous avons recueillis.)

CAS DE CHORÉE GRAVIDIQUE

non rapportés

DANS LES TABLEAUX DE CHARPENTIER

NUMÉRO	AUTEURS	AGE	PARITÉ	MOIS d'apparition CHORÉE dans l'enfance	ACCOUCHEMENT					ENFANT		MÈRE	
					à terme	prématuré	prématuré provoqué	avortement	avortement provoqué	vivant	mort	vivante	morte
1	Senhouse-Kirkes	20	I	3				1					1
2	Id.		IV	9	1						1		1
3	Jaccoud	23	I	3	pas de renseignements sur l'accouchement								
4	Th. Davis	20	II	6	1			1				1	
5	Sieckel	24	I	6	1					1		1	
6	(Même femme)	27	2 ^e	6	1					1		1	
7	Id.	26	I	7	1					1		1	
8	Id.	23	III	5	1					1		1	
9	Russell	21	I	5	1							1	
10	Weber	33	V	9		1				1		1	
11	Elischer	20	I	6	1							1	
12	(Même femme)	22	2 ^e	5		1							1
13	Trechzel												1
14	Charles												1
15	Id.												1
16	Brouardel	18	I	tôt	1	pas de renseignements sur l'accouchement							
17	Wasseige	23	I	7			1				1		1
18	Kaulisch	19		4				1					1
19	Dickinson	17		3									1
20	Id.	17		tôt									1
21	Léopoid				1							1	
22	Id.				1							1	
23	Id.				1							1	
24	Id.				1							1	
25	Voldquardsen	21	I	3						1		1	
26	Pollock	20	I	4					1			1	
27	Rombault											1	
28	Leudet												1
29	Schuhl	17	I	3	1	1				1		1	
30	(Même femme)	20	2 ^e	4	1	1				1		1	
31	M. Hall		I		1							1	
32	(Même femme)	20	2 ^e		1					1		1	
33	Id.		III									1	
34	B. Hirst		I		1					1		1	
35	Dodge	23	III	6	1	1				1		1	
36	Hocquet	25		3	1	1				1		1	
37	Laffite	18		3	1	1				1		1	
38	H. Jones	25	I	5			1					1	
39	Id.	19	I	2	1					1		1	
40	Pautzer	24	III	7			1				1	1	
41	Id.	26	V	6	1					1		1	
42	Kemper	23	II	6									1
43	Puech		I	1	1					1		1	
44	(Même femme)		2 ^e	tôt	1					1		1	

NUMERO	AUTEURS	AGE	PARITÉ	MOIS d'apparition CHOREE dans l'enfance	ACCOUCHEMENT					ENFANT		MÈRE	
					à terme	prématuré	prématuré provoqué	avortement	avortement provoqué	vivant	mort	vivante	morte
45	Pinard	23	I		1	1				1		1	
46	Id.				1	1				1		1	
47	Id.				1	1				1		1	
48	Id.				1	1				1		1	
49	Id.				1	1				1		1	
50	Id.				1	1				1		1	
51	Id.				1	1				1		1	
52	Id.	22	I	5	1	1				1		1	
53	Riche		I		1							1	
54	(Même femme)	24	2 ^e		1					1		1	
55	Id.		I		1							1	
56	(Même femme)		2 ^e		1							1	
57	(Même femme)		3 ^e					1				1	
58	(Même femme)		4 ^e					1				1	
59	(Même femme)		5 ^e	5		1				1		1	
60	Id.	26	VI	2		1				1		1	
61	M. Cann	26	II	2			1			1		1	
62	Id.	21	I	tôt	1					1		1	
63	(Même femme)	23	2 ^e	5	1					1		1	
64	Id.	17	I	tôt	1		1			1		1	
65	Id.	26	I	5	1					1		1	
66	Id.	23	I	1	1					1		1	
67	Id.	17	I	4	1	1				1		1	
68	B. Hicks				1	pas de renseignements sur l'accouchement							
69	Breton	20	I		1					1		1	
70	Didier	26	I			1				1		1	
71	Fonteneau	19	I	5	1					1		1	
72	Id.	19	I			1					1	1	
73	(Même femme)	20	2 ^e			pas de renseignements sur l'accouchement							
74	Id.	19	I	tôt				1		1		1	
75	Duchemin	18	I	3	1	1				1		1	
76	Bernheim	20	I	7		pas de renseignements sur l'accouchement							
77	Id.	19	I		1	1				1		1	
78	Dutil	21	I	tôt	1							1	
79	(Même femme)	27	2 ^e	3								1	
80	(Même femme)	24	3 ^e	2								1	
81	(Même femme)	25	4 ^e			1						1	
82	Spiegelberg	18	II	4	1					1		1	
83	Arnoldi	19	II	8		1					1		1
84	Bamberg	36	IV	3		meurt avant accouchement							1
85	Simpson	20	I	3		meurt avant accouchement							1
86	Schwechten	22	I	1	1	1				1		1	
87	Id.	19	I	6	1	1				1		1	
88	Nagel	18	I	8		1							1
89	Sommerbrodt	25	I		1						1		1
90	Schwieger	25	I		1	1				1		1	
91	Litten	23	II	4	1							1	
92	Id.	20	I	tôt	1	pas de renseignements sur l'accouchement							
93	Id.		I	4		1				1		1	
94	Id.	22	I	4		1				1		1	
95	Id.	24	II	3		1				1		1	
96	Hensoldt	25	II	6		1				1		1	
97	Id.	28	I	2	1	1				1		1	

NUMÉRO	AUTEURS	ÂGE	PARITÉ	MOIS d'apparition	CHOREE dans l'enfance	ACCOUCHEMENT					ENFANT		MÈRE	
						à terme	prématuré	prématuré provoqué	avortement	avortement provoqué	vivant	mort	vivante	morte
98	Heusoldt.	45	I	3	1	1					1		1	
99	Id.	26	I	tôt	1	1					1		1	
100	Schwarze	20	I	9		1					1		1	
101	Id.	22	I	6			1						1	
102	Hünemann	18	I	tôt			1				1		1	
103	Hochstetter	18	I	4		1					1		1	
104	Id.		I		1								1	
105	(Même femme)		II	1		1					1		1	
106	Id.	21	I	tôt		1					1		1	
107	Id.	25	II	8	1		1				1			1
108	Stephann	21	I	9		pas de renseignements sur l'accouchement								
109	Lehmann	39	VI	3		meurt avant accouchement								1
110	Id.	21	I	5		1					1			1
111	Koch	19	I	9	1		1				1		1	
112	Id.	27	I	3	1				1		1		1	
113	Id.	23	I	6					1				1	
114	Ruhemann	20	I	2			1					1	1	
115	Id.	20	II	2	1	1					1		1	
116	Id.	19	I	6		1					1		1	
117	Id.		I										1	
118	(Même femme)	25	3e	6			1					1		1
119	Id.	33	I	1	1	1					1		1	
120	Id.		I										1	
121	(Même femme)	24	2e	1		1					1		1	
122	Id.	20	I	2	1	1					1		1	
123	Gräeschner	22	II	3					1				1	
124	Steinkopff	24	IV			1					1			1
125	Lantos	24	IV	3	1				1				1	
126	Tinley		I		1				1					1
127	Arai Kobo	24	I	5					1				1	
128	Eberson		I	6		1					1		1	
129	Goodell								1					1
130	Bué	24	I	6		1					1		1	
131	Id.	23	I	3			1				1		1	
132	Id.	20	I	4			1				1		1	
133	Rontey	21	I	4	1	1					1		1	
134	Thoyer	27	I			1					1		1	
135	Festenberg	26	III						1				1	
136	Fieber	23	II	2		pas de renseignements sur l'accouchement								
137	Kroner	20	I	4						1			1	
138	Tarnier	21	I		1	1					1		1	
139	(Même femme)	22	2e			1					1		1	
140	(Même femme)	24	3e	tôt		1					1		1	
141	Tarnier et Delage	19	I	2	1	1					1		1	
142	Loviot		I	tard	1	1							1	
143	(Même femme)		2e	tôt					1				1	

CONCLUSIONS

1^o La chorée des femmes enceintes est une manifestation tardive de la chorée de Sydenham. C'est une affection assez rare.

2^o Les causes généralement invoquées pour expliquer son apparition sont insuffisantes. Elle peut s'observer chez des femmes n'ayant eu ni rhumatisme ni chorée dans l'enfance. Elle paraît probablement due soit à une intoxication microbienne, soit à une auto-intoxication.

3^o La chorée gravidique est en général une affection bénigne pour la mère. Cependant le pronostic doit toujours être réservé ; car elle peut entraîner la mort.

4^o L'avortement ou l'accouchement prématuré sont fréquents.

5^o La chorée gravidique disparaît généralement dans les quelques jours qui suivent la délivrance ; parfois la guérison s'observe au cours de la grossesse.

6^o Les médicaments qui paraissent réussir le mieux sont le bromure de potassium et le choral administrés à hautes doses.

7^o Quand l'intensité de la maladie compromet les jours de la mère, on ne doit pas hésiter à interrompre la grossesse pour obtenir la guérison.

Vu par le Président de la Thèse :

HUTINEL.

Vu par le Doyen :

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- AHLFELD. Ueber indicationem zum künstlichen Abort. (*Archiv. f. Gynæk.* 1861).
- ARAN. *Union médicale*, 1851.
- ARAI. (Kobo) Ein Beitrag zur Kenntnis der Chorea Gravidarum (*Dis. inaug. Erlangen.* 1895).
- ARNOLDI. Ueber chorea gravidarum (*Dis. inaug.* Berlin 1873).
- AXENFELD ET HUCHARD. *Traité des névroses*, 2^e éd., 1883.
- BAMBERG. Ueber chorea gravidarum (*Dis. inaug.* Berlin, 1877).
- BARNES. Chorée de la grossesse (*Obst. transact.*, London 1869 et *Obst. med. and surg.* 1884).
- BARTON-HURST. J. of the amer. med. assoc. 1888.
- BASTIAN. Chorea during pregnancy melancholia; recovery under the use of opium. (*Brit. med. J.* 1881)
- BENICKE. Ueber künstlichen Abort (*Zeitsch f. gynæk. und Geb.* 1883).
- BEULQUE. Quelques faits cliniques pour servir à l'étude de la chorée pendant la grossesse et le travail (Thèse de Lille, 1894).
- BORSIERI. *Inst. med. pract.* Leipzig, 1787.
- BRETON. Etat mental dans la chorée (Th. Paris, 1893).
- BROUARDEL. 1 cas de chorée pendant la grossesse (*Paris Médical*, 1884).
- BUÉ. De la chorée gravidique (*Presse médicale* 1894 et *Arch. de tocol. et de gyn.* 1895).
- BUIST. Chorea in pregnancy (*Soc. obstr. Edimburg*, 1895).
- CAMERON. A case in which chorea occurred in two subsequent pregnancies; spontaneous delivery at term; recovery (Montreal. M. J. 1895-96).
- CAMERON. Hemichorea in pregnancy caused by acute retroflexion of the gravid uterus (Montreal M. J. 1891).
- CANN. (Mac)Chorea gravidarum (Soc. Obst. de Londres, 1891-92).

- CAPURON. Traité des mal. des femmes. Paris, 1817.
- CATTERSON. Case of chorea in pregnancy (*Med. Sentinel*, Portland, Oreg, 1896).
- CHARLES. De la chorée pendant la grossesse ; deux cas suivis de mort. (*J. d'accouchem. de Liège*, 1886).
- CHARCOT. Leçons du mardi, 1888 et 1889.
- CHARPENTIER. Traité pratique des accouchements, 2^e éd. 1880.
- CHURTON. Three cases of chorea occurring during pregnancy (Prov. M. J. Leicester, 1886).
- DAVIS (Hill). Soc. Obst. de Londres, 1868.
- DAVIS T. G. A case of chorea during pregnancy (*Med. News. Philadelphie*, 1894).
- DÉJÉRINE. L'hérédité dans les mal. du syst. nerveux. (Th. agrégat. Paris, 1886).
- DEMORE. Chorée utérine traitée par les bains de valériane (*Gaz. des Hôp.*, 1886).
- DIDIER. Hémichorée des derniers jours de la grossesse (*J. des Sc. méd. de Lille*, 1892).
- DODGE. Choreia in pregnancy (*Med. News Philadelphie*, 1888).
- DRESCH. Pathogénie et traitement de la chorée (*J. des Praticiens*, 1897).
- DUCHATEAU. Essai de pathogénie de la chorée de Sydenham (Th. Paris, 1893).
- DUFURNIER. De la chorée gravidique (*Bull. médical*, 1894).
- DUMONT. Chorée. Récidive chez une femme enceinte ; guérison (*Bull. de thérapeutique*, 1865).
- DUNCAN. *Edinburg med. J.* 1854.
- EBERSON. Engeval anchorea gravidarum (*Nederland tidschr. V. Verlosk en gynæcolog.* 1894 et *Centralblatt f. gynæk.*, 1894).
- EDGE. A case of chorea occurring during pregnancy (*Brit. med. J.* 1880).
- EDGERBY. Deux cas de chorée gravis (*Boston med. and surg.* 1878).
- ELISCHER. Ueber chorea gravidarum (*Virchows's Archiv.* 1874 et 1875).
- FASBENDER. Ueber chorea gravidarum (*Berlin. Klin. Wochenschrift*, 1875).

- FISCHL. Chorea minor in gravida (*Allgemeine Wiener medizinische zeitung*. 1865).
- FEHLING. Uebereinen Fall von Chorea gravidarum (*Archiv, f. gynæk.*, 1874).
- FESTENBERG. Ein Fall von schwerer chorea während der schwangerschaft mit Uebergang in Manie. Heilung durch künstliche Frühgeburt (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1897 et *Centralblatt f. Gynæk.* 1897).
- FLYNN. Hemichorea in pregnancy ; with notes on two cases. (*Méd. Times and Hosp. Gaz. London*, 1896).
- FONTENEAU. De la chorée gravidique (Th. Paris, 1893).
- GAYRARD. De la chorée gravidique (Th. Paris, 1884).
- GOODELL. A case of chorea complicating pregnancy (*Americ. J. of. Obst.*, 1870).
- GROESCHNER. Dis. inaug. Greifswald. 1881.
- HAND. *Hufeland's journ.* 1807.
- HANFIELD JONES. Chorea in pregnancy (*Soc. Obst. de Londres* 1889).
- HENSOLDT. *Ann. de la Charité*. (15^e et 16^e années, Berlin).
- HERVÉ. Chorée pendant la grossesse (Th. Paris, 1883-1884).
- HICKS. B. A case showing the behaviour of the pregnant uterus in chorea (*Soc. Obst. de Londres* 1891).
- HIRST. *Soc. Obst. de Philadelphie* (8 déc. 1887).
- HOCHSTETTER. *Ann. de la Charité* (19^e année, Berlin.)
- HOCQUET. Des rapports de la chorée gravidique avec l'hystérie (Th. Paris, 1887-1888).
- HUBER. *Virchow's archiv.*, 1887.
- HUBERT. Chorée des femmes enceintes (*Rev. med. de Louvain*. 1890).
- HUET E. De la choré chronique (Th. Paris, 1889).
- HUET E. Art. Chorée (*Man. de méd. de Debove et Achard*. t.IV, 1894).
- HUNERMANN. *Ann. de la Charité*. (18^e année, Berlin.)
- INGLEBY. *The Lancet*. N° 860.
- JACCOD. De la chorée des femmes enceintes (*Clin. de la Charité*, 1867).
- JOULIN. *Traité d'accouchement*. Paris, 1867).

- KEMPER. A case of chorea gravidarum (*Méd. Record, New-York.* 1887).
- KOCH. Zur Lehre von chorea minor (*Arch für Klin. medicin.* 1887).
- KRONER. Chorea gravidarum (*Dis. inaug. Berlin*, 1896).
- LANNOIS. Nosographie des chorées (Th. agrégation Paris, 1888) et *Rev. de médecine* 1888.
- LANTOS E. Cas de chorée dans la grossesse. Budapest (*Centralblatt f. Gynæk.* 1893).
- LEHMANN. Chorea in puerperio (*Dis. inaug. Berlin.* 1887).
- LEVER. Guy's hospit. reports. 1847.
- LEWICK. *Americ. J. of Méd. Sc.* (t. XLIII, 2^e série, p. 40).
- LITTEN. *Ann. de la Charité.* (11^e année) Berlin.
- LOVIOT. Hystéro-chorée gravidique (*Bull. et Mém. de la Soc. Obst. et gyn. de Paris*, 13 janv. 1898).
- LOYD. Chorea; chorea of pregnancy; chorea and mental disease; adult chorea. (*Internat. M. Mag., Philadelphie.* 1892).
- LYMAN. *Boston med. and. surg. J.* 1877.
- MARSHALL-HALL. Areport of two cases of chorea occurring during pregnancy (*Soc. clin. de Philadelphie et centralblatt f. gynæk.* 1888).
- MILES. Chorea in pregnancy (*Columbus M. J.* 1884-85).
- MOSLER. Choreabei Lchwangeren (*Virchows's archiv.* 1862, *Résumé de Gaz. in méd. et de chir.* 1863).
- MULLER. Handbuch der Geburtsh, t. II, p, 893.
- MUNDÉ. A case of puerperal chorea (*Americ J. of obst.* 1882 et *Ann. de gyn.* 1882).
- NAGEL. *Ann. de la Charité* XI. 2, Berlin.
- OGLE. *Brit. and Forewig Medic. Chirurg. Rewiew*, 1868.
- OULMONT. Chorée puerpérale traitée par l'hyoscianine (*Bull gén de thérap.* 1875).
- PAUTZER. Chorea der Schwangerschaft (*Soc gyn. de Dresde* 1890 et *centralblatt. f. gynæk.* 1890).
- POLLOCK. A case of acute chorea with pregnancy; induced premature labour, recovery (*The Lancet.* London, 1886).
- POTAIN. *Paris médical*, 1884.
- PRINCE. Chorea gravidarum (*Obst. J. Gr. Brit.* 1876-77).

- PUECH. Chorée et grossesse (*Nouv. Montpellier médical*, 1892).
- RAYMOND. art. Danse de Saint-Guy (*Dict. encycl. sc. med.*).
- REDTENBACHER. Chorea unilateralis, wahrscheinlich durch Schwangerschaft bedingt : Besserung Rudolph. Stiftung in Wien. 1886-87).
- RIBEMONT-DESSAIGNE ET LEPAGE. Précis d'obstétrique. (3^e éd. 1897).
- RICHE. De la chorée gravidique. (Th. Paris, 1891).
- RICHARDSON. *Boston medic. and. surgic. J.* 1877.
- RIEDLIN. *Linæ medicæ.* 1696.
- RUHEMANN. Ueber chorea gravidarum (*Dis. inaug. Berlin*, 1889).
- ROMBERG. Lehrbuch der Nervenkrankheiten, Berlin, 1857.
- RUSSELL. A case of severe chorea during pregnancy treated with hydrate of chloral (*Med. Times and Gaz.* 1870).
- SCHWARZE. *Ann. de la Charité.* (17^e année) Berlin.
- SCHWECHTEN. Ueber chorea gravidarum (*Dis. inaug. Berlin*, 1876).
- SÉE (G). De la chorée *Mém. de l'Acad. de med. Paris*, 1850).
- SCHWIEGER. *Ann. de la Charité.* (11^e année) Berlin.
- SCHUHL. Chorée survenant dans le cours de deux grossesses successives (*Mém. Soc. de méd. de Nancy*, 1883-86).
- SENHOUSE-KIRKES. *Méd. Times and Gaz.* 1863 et *Lond. Méd. Gaz.* 1850.
- SIECKEL. Chorea gravidarum (*Dis. inaug. Leipsig.* 1870).
- SIMPSON. Notes of a fatal case of chorea gravidarum (*Obst. J. Gr. Brit.* 1876 et *Gaz. obstétricale* 1876).
- SOMMERBRODT. *Ann. de la Charité* (7^e année) Berlin.
- SOUQUES. Art. Hystérie (*Man. de méd. de Debove et Achard*, t. IV, 1894).
- SPIEGELBERG. Ein Fall von Chorea gravidarum (*Monatschr. F. Geburt*, 1858) et *Lehrbuch der Geburtshülfe.*
- STEINKOPFF. *Dis. inaug. Universite de Halle.*
- STEPHANN. *Centralblatt f. Gynaek.* 1885.
- STURGES. *On Chorea. London*, 1881.
- TAIT (Lawson). A case of chorea gravidarum (*The med. Press.* 1888).

- TALENT. Notes upon a case of chorea gravidarum, from the Buchanan ward, Royal Infirmary (*Soc. Obst. d'Édimbourg*, 1886-87).
- TARNIER ET BUDIN. Traité de l'art des accouchements, t. II.
- TARNIER. Rapport des névroses avec la grossesse et l'accouchement (*Presse méd.* 1897).
- TINLEY. Chorea gravidarum, induction of labour (*Brit. M. J. London*, 1896).
- TRECHZEL. Chorée puerpérale suivie de mort (*Soc. méd. Neuf-château*, 1876).
- TRIBOULET. Du rôle possible de l'infection dans la pathogénie de la chorée (Th. Paris, 1893).
- UNGEN. *Journ. de médecine*, 1764.
- VASSITCH. Étude sur la chorée des adultes (Th. Paris, 1884).
- VINAY. Traité des maladies de la grossesse. (Paris, 1894).
- VOLDQUARSEN. Fall von chorea gravidarum (*New-York med. Presse* 1887 et *Centralblatt F. Gynæk*, 1887).
- WADE. Case of chorea in pregnancy treated by dilatation of the cervix uteri (*Soc. Obst. de Londres*, 1880).
- WALLS. A case of chorea gravis gravidarum (*Chicago. M. Record*, 1892).
- WASSEIGE. Chorée puerpérale. Accouchement forcé (*Bull. de l'Acad. de méd. de Bruxelles*, 1887).
- WEBER. Chorea gravidarum (*Berlin. Klin. Wochenschrift*, 1870).
- WENZEL. Ueber chorea major und minor (*Schmidts Jahrb.* 1876).
- WINCKEL. Lehrbuch der Geburt, p. 239.
- WOODMAN. On the combination of chorea with pregnancy (*Obst. transact. London*, 1886).
- YOUNG. Chorea during pregnancy (*North Car. M. J. Wilmington*, 1885).

